

Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata

/ *Anxiety disorders in children and adolescents*

Mihajela Poljak, Dražen Begić¹

KBC Zagreb, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega i ¹Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska

Zagreb University Hospital Centre, Department of Nephrology, Arterial Hypertension and Kidney Transplantation and ¹Department of Psychiatry, Zagreb, Croatia

Izmjenjena verzija diplomskog rada M. Poljak na Studiju sestrinstva

Anksiozni poremećaji pripadaju među najčešće mentalne poremećaje u dječjoj i adolescentnoj dobi. Temeljno obilježje ovih poremećaja je razvojno neprimjerena razina anksioznosti i strahova koji ometaju normalno funkcioniranje djeteta. Važno je dječje strahove promatrati u kontekstu razvojnih procesa. Prevalencija anksioznih poremećaja kod djece kreće se od 10 % do 20 %. Zastupljeni su u oba spola, iako se češće javljaju kod djevojčica i to nakon šeste godine života. Pravodobno otkrivanje i liječenje dječje anksioznosti može smanjiti negativni utjecaj koji ovi poremećaji ostavljaju na daljni razvoj te na školsko, obiteljsko i socijalno funkcioniranje djece i mladih. Često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima, ali i drugim anksioznim poremećajima. Manifestiraju se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Multifaktorske su etiologije, nastaju djelovanjem različitih bioloških, genetskih, psiholoških i socijalnih čimbenika. U liječenju anksioznih poremećaja najbolje rezultate daje kombinirani tretman koji se temelji na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT) i farmakoterapiji. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Bihevioralne tehnike imaju za cilj promjenu ponašanja. U novije vrijeme uvodi se i terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*). Od lijekova najčešće se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji su prva linija terapije i dokazano su najučinkovitiji kod anksioznih poremećaja. Prognoze su najbolje ako se tretmanom krene što prije te osim samog djeteta u planiranje i provođenje terapijskog tretmana uključe roditelji odnosno skrbnici djeteta.

/ Anxiety disorders are one of the most common mental disorders when it comes to children and adolescents. The core feature of these disorders is a level of anxiety and fears that is not appropriate for that stage of development of a child which leads to anxiety disorders having a significant impact on disrupting daily activities of a child. It is important to monitor children's fears within the context of their development. Estimations show that approximately 10 to 20 % of all children develop some kind of anxiety disorders. They are present in children of both sexes, although some anxiety disorders have been shown to be more frequent in girls. Anxiety disorders can be diagnosed after the age of six. Early discovery and proper treatment can significantly help with the possible negative effects these disorders have on social and family life as well as on a child's performance in school. Anxiety disorders are conditions comorbid with other psychiatric disorders and other anxiety disorders. Anxiety is manifested in the form of bodily, psychological, cognitive and behavioural changes. When it comes to etiology, a variety of factors are present, with the causes of anxiety disorders still not fully known, but both psychiatric and general medical factors are involved. Clinical studies, as well as every-day practice, have shown that utilization of cognitive-behavioural therapy (CBT) combined with prescription medication yields the most effective results. Cognitive therapy bases its approach on identifying and replacing negative thinking patterns and behaviours with positive

ones, while behavioural techniques aim to change behavioural patterns in children with anxiety disorders. Nowadays, mindfulness-based cognitive therapy is also used to treat anxiety. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the first choice when it comes to medication therapy as they have been repeatedly to be the most effective treatment choice for anxiety disorders. When diagnosed early and using proper treatment, anxiety disorders can be reduced to a minimum as not to cause any damage to the child's life. It is crucial for the success of the treatment for parents or guardians to be heavily involved in all stages of treatment of the disorder, from planning to practicing techniques proposed by the physician.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Mihajela Poljak
 Radobojski bregi 95
 49 232 Radoboj, Hrvatska
 E-pošta: mihajela.poljak@hotmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

anksioznost / *anxiety*
 anksiozni poremećaji / *anxiety disorders*
 strah / *fears*
 djeca i adolescenti / *children and adolescents*
 usredotočena svjesnost / *mindfulness*

UVOD

Anksioznost (tjeskoba, strepnja, strah, panika, uznemirenost, zabrinutost) je iskustvo u razvoju ličnosti koje iskusi svaka osoba tijekom razvoja. Ona je osnovna ljudska emocija koja je normalna reakcija na opasnost i važna je za očuvanje integriteta organizma (1). Postoje dvije vrste anksioznosti: normalna (fiziološka) i patološka anksioznost. Fiziološka anksioznost ima adaptivnu funkciju na nove ili ugrožavajuće situacije. Određeni stupanj anksioznosti poželjan je zbog motivacije osobe na produktivnije ponašanje. Važno je naučiti kako ju kontrolirati. Patološka anksioznost obilježena je strahom bez prisustva vanjskog ugrožavajućeg objekta. Kod anksioznosti objekt je nepoznat, traje dugo, kroničnog je tijeka, dok je u strahu objekt poznat, opasnost dolazi izvana, kratko traje i akutnog je tijeka (2).

Strah i zabrinutost imaju kliničko značenje, ako su razvojno neprimjereni. Strahovi i anksioznost dio su djetetova razvoja, a velik broj djece doživljava intenzivnu uznemirenost zbog svojih strahova. Kod novorođenčadi naj-

češći strahovi su od glasnih zvukova, dok je dojenačko razdoblje obilježeno strahom od imaginarnih bića i mraka. Od pete do šeste godine djeca osjećaju strah vezano uz fizičke događaje (npr. ozljede ili otmica), a kasnije strah od prirodnih pojava (npr. oluja). Školska djeca brinu o uspjehu u školi, bihevioralnim kompetencijama, odbijanju od strane vršnjaka, zdravlju i bolestima. U adolescenata se javlja anksioznost vezana uz socijalne situacije i kompetencije (3). Mlađa djeca i djevojčice doživljavaju veći broj strahova od adolescenata i dječaka (4). Kada strah i anksioznost značajno utječu na funkcioniranje djeteta, ometaju normalan psihosocijalni razvoj te dovode do teškoća u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju govori se o anksioznom poremećaju (1).

Anksiozni poremećaji najčešći su psihijatrijski poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi. Njihove se posljedice vide na djetetu, obitelji i okolini. Multifaktorske su etiologije i heterogene kliničke slike. Često dolaze u komorbidity s ostalim psihijatrijskim poremećajima. Utječu na školski uspjeh djeteta. Anksioznost

je prevladavajuća u svim anksioznim poremećajima, a manifestira se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Rano otkrivanje i kontrola anksioznosti mogu pomoći u smanjivanju potrebe za opsežnim medicinskim pretragama i obradama. Liječenje djece s anksioznošću srednje jačine započinje psihoterapijom. Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije potrebna je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću te kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomični odgovor na samu psihoterapiju. Anksioznost koja se pravodobno ne prepozna i ne liječi može imati kronične posljedice, epizodično se javljati dalje u životu ili utjecati na razvoj ostalih komorbiditetnih poremećaja.

EPIDEMIOLOGIJA

Podatci o zastupljenosti anksioznih poremećaja u djece i adolescenata su različiti. Dodatni faktori koji otežavaju uvid u adekvatnu zastupljenost ovih poremećaja su dijagnostička preklapanja i komorbiditet. Prevalencija anksioznih poremećaja u dječjoj dobi i adolescenciji veća je od bilo kojeg drugog mentalnog poremećaja i kreće se od 10 % do 20 %. Zastupljeni su u oba spola, ali su češći kod djevojčica nakon šeste godine, a odnos između djevojčica i dječaka iznosi 2:1 (1). Specifične fobije, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i panični poremećaj češće se javljaju kod djevojčica (5). Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) se češće javlja kod dječaka. Podatci se razlikuju s obzirom na vrstu anksioznog poremećaja. Weiss i Last (6) navode da se kod mlađe djece s obzirom na razvoj i strukturu češće javlja separacijski anksiozni poremećaj (od 2 % do 12 % djece ima simptome, podjednako dječaci i djevojčice), 3 % do 12 % ima generalizirani anksiozni poremećaj (GAP). Socijalne fobije se pojavljuju u 1 % djece, a specifične fobije u 3,3 %. Najrjeđe se pojavljuju simptomi

opsesivno-kompulzivnog poremećaja (u oko 1,9 % djece) i panični poremećaji (0,7 %) (7). Generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i specifične fobije javljaju se s podjednakom učestalošću u doba djetinjstva i adolescencije, a kod adolescenata socijalna fobija i panični poremećaj (1).

ETIOLOGIJA

Anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata nastaju kao rezultat interakcije različitih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (1).

Genetski čimbenici

Brojna istraživanja uključuju genetske aspekte povezane s anksioznim poremećajima. Dokazana je veća učestalost anksioznih poremećaja u pojedinim obiteljima. Studije obitelji i blizanaca pokazuju da genetski faktori igraju ključnu ulogu u etiologiji paničnog poremećaja, uz koji se povezuje povećana transmisija serotonina (5).

Nasljeđuje se predispozicija anksioznom reaganju u stresogenim životnim situacijama. Od pojedinih gena posebno je istraživani polimorfizam u promotorskoj regiji gena za serotoninski transporter (5HTT) koji uključuje 44bp inserciju ili deleciju. Osobe s GAP-om koje imaju kratki oblik toga gena pokazuju veću razinu neuroticizma, anksioznosti te izbjegavanje opasnosti. Polimorfizam VNTR (engl. *variable-number-tandem-repeat*) u drugom intronu 5HTT gena povezan je s većim rizikom za razvoj anksioznih poremećaja, uključujući OKP i GAP (1).

Neurotransmitske teorije

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji nastaju zbog poremećaja u neuralnoj komunikaciji i dizbalansom ekscitacijskih i inhibicijskih neurotransmitskih sustava. Još uvijek

nije poznato u kojoj mjeri neurobiološki faktori utječu na razvoj poremećaja. Spominje se hipoteza o pomaku senzitivnosti benzodiazepinskih receptora te o povećanom stvaranju anksiogenih tvari, odnosno smanjenju endogenih anksiolitičkih tvari u mozgu (1).

Bitnu ulogu ima disfunkcija u području *locus coeruleus* i noradrenergičkih struktura poznata kao teorija lažnog alarma, ali i *nucleus raphe* i serotoninergičnih struktura (gdje se ostvaruje terapijski učinak selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotoninina). Patogenezi anksioznosti doprinose funkcionalne i strukturne promjene u strijatumu, limbičkom sustavu i paralimbičkim regijama (amigdala, orbitofrontalni korteks, anteriorni cingularni korteks) (1). Ove poremećaje karakterizira preosjetljivost i hiperaktivnost amigdale koja je povezana s aktivacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda te uzrokuje porast razine hormona i pojavu tjelesnih simptoma anksioznosti (2).

Iako neurobiološka podloga anksioznih poremećaja još uvijek nije dovoljno razjašnjena može se zaključiti da su za njihov nastanak odgovorne poremećene funkcije neurotransmitorskih (dopamin, noradrenalin, serotonin, gama-amino maslačna kiselina – GABA, glutamat, acetilkolin) i neuroendokrinih sustava (os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda) koji sudjeluju u kontroli raspoloženja, emocija i kognicije te ponašanja. Klinički je zanimljivo naglasiti da se abnormalne funkcije mozga, posebno hiperaktivacija amigdale smanjuju s uspješnim tretmanom KBT-a ili lijekovima (8).

Psihoanalitičke teorije

Postoji nekoliko psihoanalitičkih teorija anksioznosti (1). To su:

1. Teorija o transformaciji libida u anksioznosti (neiskorištena seksualna energija),
2. Signalna teorija anksioznosti (upozorenje na nesvjesne impulse i opasnosti),

3. Teorija o porođajnoj traumi kao prototipu anksioznosti,
4. Separacijska teorija anksioznosti.

Prema psihoanalitičkim teorijama najvažniju ulogu u nastanku anksioznosti ima nesvjesni intrapsihički konflikt koji je povezan s neprihvatljivim seksualnim ili agresivnim impulsima. Anksioznost je posljedica nerazriješenih nesvjesnih konflikata. Prema prvim tumačenjima anksioznost je rezultat neadekvatnog rasterećenja libida odnosno energije seksualnog nagona. Dolazi do pretvorbe libidinozne energije u somatske simptome anksioznosti, a da pritom ne sudjeluju psihički mehanizmi, što S. Freud naziva aktualna neuroza, za razliku od psihoneuroze. Bez obzira je li abnormalna akumulacija libida unutar psihe rezultat vanjskih prepreka rasterećenju ili su razlog unutarnje prepreke kao što su nesvjesni konflikti ili inhibicije koje se odnose na seksualno zadovoljenje, rezultat je isti. Dolazi do anksioznosti. Takvo tumačenje vrijedilo je do objavljivanja Freudove monografije „Inhibicija, simptom i anksioznost“ (iz 1926.) gdje se daje novo i konačno viđenje. Freud smatra da je anksioznost središnji problem neuroze i obrazlaže novu teoriju anksioznosti. Ova teorija zadržava isto vjerovanje kao i prva da anksioznost ima biološku, urođenu osnovu, ali je nadopunjuje shvaćanjem da ljudski organizam ima urođenu sposobnost reagiranja sa psihičkim i fizičkim manifestacijama ili anksioznošću (9).

Anksioznost pripada *egu* i djeluje kao signal koji ga upozorava na unutarnju opasnost koja dolazi iz intrapsihičkih sukoba između instinktivnih poriva *ida* (neurotska tjeskoba), zabrana *superega* (tjeskoba zbog savjesti) i zahtjeva vanjske okoline (tjeskoba pred realnom situacijom) (10). Kada dolazi do prijetnje intrapsihičkoj ravnoteži, anksioznost djeluje kao signal *egu* (signalna anksioznost) da aktivira obrambene mehanizme. To su potiskivanje, projekcija i reaktivna formacija (11). Funkcija

ega je ovladavanje nadolazećih podražaja ili njihovo učinkovito rasterećenje.

Psihoanalitički teoretičari nakon Freuda, kao što su M. Klein i J. Flesher (1955) smatraju da u nastanku anksioznosti veliku ulogu imaju agresivni porivi i preedipska dinamika (12).

Harry S. Sullivan smatra da se anksioznost prenosi od skrbnika, najčešće majke te naglašava važnost ranog odnosa majka-dijete. U svojoj interpersonalnoj teoriji ističe potrebu za intimnošću kao najvažnijoj socijalnoj potrebi.

John Bowlby postavlja separacijsku teoriju anksioznosti prema kojoj predviđa da će rana sigurnost privrženosti pozitivno utjecati na kasniji psihosocijalni razvoj. Bowlby je vjerovao da privrženost funkcionira od „kolijevke do groba“. Na temelju njegovih radova o privrženosti i separaciji predloženo je tumačenje da je privrženost dojenčeta kod životinja i ljudi prema majci genetski programiran i biološki određen, a ne samo naučeni odgovor (12).

Bihevioralne teorije

Bihevioralno tumačenje temelji se na teorijama učenja. One uključuju klasično uvjetovanje (kondicioniranje), operantno uvjetovanje i učenje modeliranjem. Ljudsko ponašanje može se naučiti na jedan od načina, a svako ponašanje bez obzira je li prilagođeno ili neprikladno, posljedica je istih osnovnih načela stjecanja i održavanja ponašanja. Bihevioralne teorije naglašavaju važnost hipersenzibilizacije i kondicioniranja kada prilikom neugodnog, traumatskog iskustva dolazi do vezivanja straha i anksioznosti na prethodno neutralne stimulanse (2). Dijete koje doživi neugodno iskustvo svaki idući puta u istoj situaciji osjeća neugodu. Takvo neodgovarajuće ponašanje širi se po principu generalizacije podražaja. Na kraju neutralni podražaj sam dovodi do reakcije. Operantno uvjetovanje (naziva se i instrumentalno učenje) temelji se na povezanosti ponašanja i posljedica. Ponašanje koje ima za

rezultat pozitivne posljedice će se ponavljati, a ono ponašanje koje izaziva negativne će se prorijediti. Važna komponenta ovog učenja jest potkrepljivanje odgovora koje omogućuje osobi da izbjegne uvjetovane štetne podražaje (11). Anksioznost je snažan pokretač, svako ponašanje koje je umanjuje ili uklanja, bit će potkrijepljeno. Ono može biti pozitivno (kada povećava vjerojatnost pojave određenog odgovora u prisustvu određenog događaja) i negativno (povećava vjerojatnost za neki odgovor u odsutstvu određenog događaja) (2).

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

Dvofaktorska teorija anksioznosti koju je stvorio O. H. Mowrer kombinacija je klasičnog i operantnog uvjetovanja. Anksiozni bolesnik klasičnim uvjetovanjem reagira na neutralan podražaj koji postaje uvjetovani podražaj te dovodi do straha. Operantnim uvjetovanjem uči kako izbjeći taj uvjetovani podražaj (2).

Kognitivne teorije

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji uzročno su povezani s negativnim mislima ili temeljnim uvjerenjima pacijenta o sebi i/ili svijetu (1). Osoba na jedinstven način doživljava okolinu i događaje oko nje. Taj vlastiti način poimanja svih iskustava i stvarnosti naziva se kognitivna shema (2). Promijenjeni kognitivni procesi koji uključuju negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja i kognitivne distorzije imaju važnu ulogu u stvaranju iskrivljene percepcije događaja i omogućuju nastanak psihičkog poremećaja. A. Ellis je zaslužan za ABC shemu koja također tako sudjeluje u nastanku psihičkih procesa, a temelji se na aktivirajućem događaju (A), vjerenjima, percepciji i interpretaciji događaja (B) te na reakcijama i posljedicama (C). Određeni događaj

izazove reakciju ovisno na načinu na koji je percipiran. Ako osoba kontrolira svoja vjerovanja može utjecati na posljedice i mijenjati ih (2). Anksiozni poremećaji će dovesti do promjena u procesiranju informacija na trima razinama: perceptivnoj, interpretativnoj i razini pamćenja. Anksiozne osobe na perceptivnoj razini od svih podražaja odabiru one koji su prijatnija, na interpretativnoj nejasne će podražaje tumačiti kao opasne, dok će na razini pamćenja biti sklone upamćivanju i lakšem dosjećanju anksioznih situacija (2).

FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

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

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

Edukacija – manja razina obrazovanja povezana je s višim razinama anksioznosti.

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

Dob – u ranom djetinjstvu javljaju se fobije, OKP i separacijska anksioznost. Socijalna fobija i panični poremećaj po prvi puta se dijagnosticiraju tijekom adolescencije.

Osobine ličnosti – istraživanja su pokazala da su npr. jako stidljiva djeca često žrtve vršnjačkog nasilja zbog čega su u većem riziku da razviju neki od anksioznih poremećaja kasnije u životu. Djeca koja se teško nose s neizvjesnošću i/ili su često zabrinuta imaju veći rizik da razviju generalizirani anksiozni poremećaj. Temperamentni koncept bihevioralne inhibicije

(13) objašnjava kako se javlja neprimjereni strah i udaljšavanje od situacije ako je ona nepoznata. Djeca su sramežljiva i povučena kad se susreću sa strancima i osjećaju strah u nepoznatim situacijama. Bihevioralna inhibicija navodi se kao rizični faktor za razvoj anksioznih poremećaja, naglašavajući pri tome socijalnu fobiju (13).

Obiteljska povijest i dinamika – istraživanja dokazuju da se anksiozni poremećaji češće pojavljuju među bliskim srodnicima. Istraživači ističu da djeca mogu naučiti strahove i fobije, gledajući i oponašajući roditelje. U obiteljskim studijama nasljednost je očita. Kod jednog roditelja s anksioznosti rizik je značajan, a posebice je značajan ako oba roditelja boluju od anksioznog poremećaja (13).

Roditeljska ponašanja – nepoželjna roditeljska ponašanja koja karakteriziraju negativna afektivnost, odbacivanje, visoka razina kontrole i hiperprotekcije povezane su s razvojem anksioznih poremećaja kod djece. Roditelji s anksioznim poremećajem i njihova djeca koriste izbjegavanje kao način rješavanja problema te nagrađuju djetetovo izbjegavajuće ponašanje. Pretjerana protekcija je rizik za anksiozne poremećaje, ali ne i depresiju, dok odbijanje od strane roditelja ima suprotan učinak (13).

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

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

Traumatski događaji mogu biti okidač za razvoj anksioznih poremećaja, osobito u pojedinca koji su im podložni zbog genetskih, psiholoških i bio-

kemijskih osobitosti. Izloženost traumatskom iskustvu u djetinjstvu (zlostavljanje, zanemarivanje, prijetnje i sl.) utječe na razvoj simptoma PTSP-a. Različiti oblici fobija (strah od zmija, psa, pauka i sl.) mogu nastati kao posljedica traumatskog iskustva. Studija koja je proučavala vezu između gubitka roditelja prije 17 godina i anksioznosti u ženskih blizanaca pokazala je da postoji povećan rizik za razvoj GAP-a kao posljedica razdvojenosti od roditelja (13).

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

Anksiozna osjetljivost

U posljednje vrijeme istraživači se služe jednim novijim konstruktom koji ulazi u rizične faktore. Anksiozna osjetljivost (engl. *anxiety sensitivity*) se definira kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz vjerovanja da anksioznost i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice (4). Novija istraživanja naglašavaju specifičnu fenomenologiju anksiozne osjetljivosti u djetinjstvu i adolescenciji te istražuju neke aspekte pojavnosti i specifičnosti anksiozne osjetljivosti i psihosomatskih simptoma u toj populaciji. U suvremenim istraživanjima na ovom području dokazano je da različite tjelesne bolesti mogu predstavljati psihološku ranjivost za razvoj različitih simptoma psihopatologije, a osobito za intenzivnije doživljavanje anksioznosti. Dosadašnji rezultati pokazuju da bez obzira koliko i koje simptome djeca doživljavaju, njihova interpretacija i osjet boli u značajnoj su mjeri povezani s anksioznom osjetljivošću. Anksiozna osjetljivost pokazala se kao dobar prediktor tzv. in-

teroceptivnog straha, tj. straha od tjelesnih senzacija za vrijeme nekih tjelesnih napora ili zdravstvenih tegoba. Kod djece povišena razina anksiozne osjetljivosti može otežati kliničku procjenu i donošenje pravilne dijagnoze te je stoga sastavni dio procjene tjelesnih tegoba kompletna medicinska obrada (14). Tom obradom bi se isključilo da prisutnost tjelesnih simptoma koje dijete navodi nije posljedica neke bolesti ili se radi o djetetu koje izrazito neugodno reagira i katastrofično interpretira i uobičajene tjelesne reakcije. U slučaju da se radi o djetetu koje boluje od neke bolesti ovakve kognitivne interpretacije mogu značajno utjecati na oporavak i opće zdravstveno stanje. Djeca koja imaju visoku razinu anksiozne osjetljivosti doživljavaju iste razine boli značajno intenzivnije u usporedbi s djecom koja imaju prosječne ili niske razine anksiozne osjetljivosti. Neobjašnjive vrtoglavice, nesvjestice, osjećaj nesigurnosti odnosno simptomi anksiozne osjetljivosti mogu dobro poslužiti u objašnjavanju poremećaja somatizacije jer u podjednakoj mjeri karakteriziraju i anksiozne osobe i osobe s poremećajem somatizacije. Takvo razmatranje navodi da se somatski aspekt anksiozne osjetljivosti može promatrati u širem kontekstu kognitivne interpretacije tjelesnih simptoma, a posebno tzv. tjelesne svjesnosti ili anksioznog tijela (4).

Pojavom konstrukta anksiozne osjetljivosti naglašava se koliko je etiologija svakog anksioznog poremećaja složena i specifična, te da manifestno slična simptomatika može biti rezultat različitih razvojnih putova. Istraživanja dokazuju značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i paničnih poremećaja te mogućnost prevencije ranom identifikacijom simptoma anksiozne osjetljivosti. Pokazalo se da je kognitivno-bihevioralnom terapijom moguće smanjiti simptome anksiozne osjetljivosti te na taj način, posredno djelovati na smanjenje intenziteta i učestalosti paničnog poremećaja (4).

Osnovna karakteristika anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata je neprimjerena razina anksioznosti koja razvojno ne pripada toj dobi i značajno ometa funkcioniranje djeteta. Manifestira se čitavim spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Djeca često iznose tjelesne simptome u odsustvu tjelesne bolesti što se kasnije utvrdi medicinskom obradom. Kod djece sa separacijskim anksioznim poremećajem karakteristično je žaljenje na glavobolju, mučninu, grlobolju, bolove u trbuhu i to najčešće prije odlaska u vrtić ili školu. Istraživanje koje je uključivalo djecu s ponavljanim bolovima u trbuhu (opisane kao tri epizode bolova u trbuhu koji ometaju funkcioniranje djeteta tijekom 3 mjeseca, a nisu organski uvjetovani) u 79 % je utvrdilo anksiozni poremećaj (kod 43 % separacijski anksiozni poremećaj, kod 31 % GAP, a kod 21 % i socijalnu fobiju) (1).

Istraživanja različitih psiholoških fenomena u djece i adolescenata, kao i dijagnostika mentalnih poremećaja ponekad može biti vrlo težak i zahtjevan zadatak. Fenomenologija psiholoških konstrukata u djetinjstvu i adolescenciji je puno složenija i manje jasna nego u odrasloj dobi. Klinička slika često nije dovoljno jasna te se nailazi na tzv. polisimptomatske kliničke slike i komorbiditet i to čak u situacijama kada se dijete žali samo na jedan, dominantan problem.

Anksiozni poremećaji se dijagnosticiraju kada su subjektivno doživljeni osjećaji anksioznosti koji udovoljavaju kriterijima suvremenih klasifikacija duševnih poremećaja i bolesti (DSM-5 i MKB-10). U procjeni simptoma i razvoja anksioznih poremećaja u djece liječnik mora prepoznati ključne dijagnostičke kriterije koji bi se mogli različito prezentirati kod djece (za razliku od odraslih). DSM-IV to potvrđuje te za svaki poremećaj dodaje neka svojstva koja

se mogu drukčije prezentirati u djece i adolescenata. S iznimkom od separacijske anksioznosti, svi se anksiozni poremećaji u DSM-IV grupiraju zajedno bez obzira na dob u kojoj se javljaju, dok se separacijska anksioznost definira kao manifestirajuća prije odrasle dobi. Zato su za većinu anksioznih poremećaja, razlike između dijagnostičkih kriterija za djecu i odrasle, ako ih ima, dane unutar istog seta kriterija. Detaljnije, npr. prag u DSM-IV za dijagnozu generaliziranog anksioznog poremećaja je niži u djece nego odraslih (1 umjesto 3 od ukupno 6 simptoma). Kod fobija, djeca ne moraju prepoznati svoju anksioznost kao pretjeranu ili nerazumnu, ali duljina mora biti najmanje 6 mjeseci kod osoba ispod 18 godina (13). Postoji mali broj smjernica u dijagnostičkim sistemima u vezi razvojno-prikladnog određivanja anksioznih poremećaja kako bi se ustanovilo kome je potrebno liječenje.

Razvoj i očitovanje anksioznosti kod djece je različitih i varijabilnih oblika te je put do same dijagnoze dugačak uz redoviti timski rad i ostalih stručnjaka (psiholog, socijalni radnik, logoped) osim psihijatra. Dijagnoza se postavlja s obzirom na simptome anksioznosti povezano s pojedinim poremećajem. Procjena obuhvaća utvrđivanje o kojem se anksioznom poremećaju radi, učestalost javljanja simptoma, težinu simptoma i teškoće funkcioniranja u školi, obitelji, s vršnjacima i okolinom (1).

Dijete najčešće prvi puta dolazi kod stručnjaka u pratnji roditelja ili skrbnika. Okolina je ta koja prva zamijećuje smetnje i promjene kod djeteta. Dijagnoza uključuje uzimanje heteroanamneze, odnosno dobivanje iscrpnih podataka od roditelja o dotadašnjem razvoju djeteta kao i o smetnjama zbog kojih dolaze. Anamneza uključuje podatke o karakteru smetnji, njihovom intenzitetu, duljini trajanja, odražavanju na funkcioniranje djeteta, kao i o mogućim neposrednim razlozima koji su mogli dovesti do pogoršanja stanja. Mnogi roditelji probleme svoje djece doživljavaju kao vlastiti

neuspjeh ili krivnju te je moguće umanjivanje poteškoća djeteta ili iskrivljivanje podataka. Pri uzimanju anamneze pruža se mogućnost uvida u roditeljsku ličnost kao i u obiteljsku dinamiku. Osim podataka dobivenih od roditelja neophodno je obaviti individualni intervju s djetetom s obzirom da djeca pred roditeljima minimiziraju svoje simptome. Kontakt mora biti prilagođen uzrastu djeteta, a osim verbalne komunikacije često je potrebno upotrijebiti i druge djeci prilagođene metode kao što je crtež i igra. Za postavljanje dijagnoze obično nije dovoljna jednokratna anamneza te su potrebni učestali kontakti koji su priprema za terapiju. Obrada djeteta uključuje defektološko-logopedsku anamnezu i psihologijsko testiranje radi dobivanja cjelovite slike kao i eventualnog razlikovanja primarne od sekundarne anksioznosti. Procjena mlađe djece uglavnom je zahtjevnija te je potrebno prikupljanje informacija iz više izvora kako bi se razlikovala normalna anksioznost, od supkliničke i patološke. Ova procjena uključuje iskaze roditelja i učitelja. U starije djece, dijagnostičke odluke se značajnije mogu temeljiti na iskazu djece. U svrhu isključivanja organskih promjena nužno je učiniti cjelokupnu pedijatrijsku obradu.

Iako su psihički poremećaji teško mjerljivi, psihijatrija kao i svaka druga znanost pokušava biti egzaktna, tj. mjerljiva. To uključuje razvoj i usavršavanje raznih metoda pomoću kojih se može točno i objektivno izmjeriti pojedina ponašanja ili poremećaje, iako su psihički poremećaji i simptomi teško mjerljivi (15). Uz potrebe objektivizacije aktualnog kliničkog stanja, klinički instrumenti za procjenu anksioznosti omogućuju razlikovanje simptoma anksioznosti, procjenu njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja (16). Takvi dijagnostički alati uključuju ljestvice i upitnike. Ljestvice kliničke simptome prevode u brojčane podatke pogodne za statističku obradu. Razlikuju se ocjenjivačke ljestvice kada je ocjenjivač stručnjak te samoocjenjske ljestvi-

ce (ocjenjivač je sam ispitanik). Samoocjenjske ljestvice su jeftinije za primjenu, subjektivne su, ali kod ispitanika s teškom psihopatologijom i slabim uvidom u vlastito stanje bolje je upotrijebiti ocjenjivačke ljestvice. Kod mlađe djece teškoće u komuniciranju i razumijevanju emocionalnih stanja često se odražavaju u slabijim psihometrijskim rezultatima. Anksiozni poremećaji u djece ne mogu se jednostavno procijeniti putem standardnih upitnika i intervjua koji su preuzeti iz dijagnostike u odraslih. Upotreba posebno strukturiranih i standardiziranih upitnika za djecu i adolescente pridonijela je većoj pouzdanosti i validnosti anksioznih dijagnoza u djece i adolescenata u zadnja 2 desetljeća. Takvi instrumenti imaju prednost pred simptomskim ljestvicama jer omogućavaju bolji uvid u razgraničenje prolaznih supkliničkih manifestacija anksioznosti od anksioznih poremećaja (13).

Cjelovita dijagnostička slika dobiva se kada dijagnostički alati i rezultati dobiveni na ljestvicama uključuju intervju s djetetom i roditeljima ili skrbnicima.

Neki od instrumenata za utvrđivanje anksioznosti su Beckov upitnik anksioznosti (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), Ljestvica strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62), Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji (IDP), Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, SCAN), Registar socijalne fobije i anksioznosti (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI).

Diferencijalna dijagnoza

Simptomi anksioznosti mogu biti prisutni i kod drugih psihičkih poremećaja ili uzrokovani različitim tjelesnim stanjima, uporabom psihoaktivnih tvari ili lijekova (1). Ostali psihički poremećaji kod kojih se mogu javiti simptomi anksioznosti su depresija, ADHD, Aspergerov sindrom, bipolarni poremećaj, teškoće uče-

nja, zloraba droge te psihotični poremećaj. Tjelesne bolesti uključuju hipertireoidizam, astmu, migrenu, epilepsiju, hipoglikemiju, feokromocitom i kardijalne aritmije. Nuspojave lijekova često imaju anksiozne simptome. Od lijekova u obzir dolaze steroidi, antipsihotici, antidepresivi te antihistaminici. Potrebno je isključiti nagli prekid uzimanja anksiolitika, uzimanje droga, apstinencijski alkoholni sindrom te kofeinsku intoksikaciju (17). Potrebno je učiniti rutinske laboratorijske pretrage, EEG, EKG, ispitati funkciju štitnjače, učiniti toksikološke nalaze i CT mozga, kako bi se isključili navedeni poremećaji i bolesti. Anksiozne poremećaje potrebno je razlikovati od normalne razvojno primjerene anksioznosti koja je tipična za određena razvojna razdoblja.

Komorbiditet

Vrlo često osoba s jednim oblikom anksioznog poremećaja ispunjava dijagnostičke kriterije za drugi takav poremećaj. Tada se govori o komorbiditetu. Prema istraživanjima učestalost komorbidnih poremećaja kod anksioznih poremećaja manja je u općoj populaciji djece (39 %) i adolescenata (14 %) nego u kliničkim populacijama (50 %). Djeca i adolescenti češće traže pomoć zbog teškoća u svakodnevnom funkcioniranju zbog simptoma različitih psihičkih poremećaja (1).

Anksiozni poremećaji se često javljaju zajedno s drugim anksioznim poremećajima, naročito kod djevojčica. Socijalna fobija ima najveću stopu komorbidnih anksioznih poremećaja. Uz SAP često se javlja specifična fobija, a kod GAP-a i socijalne fobije često se javljaju poremećaji raspoloženja (1).

Nakon anksioznih poremećaja depresija je drugi najčešći entitet koji se javlja s anksioznim poremećajima. Učestalost depresije osam je puta veća kod djece koja imaju anksiozni poremećaj od one koje ga nemaju. Dokazana je povezanost GAP-a i depresije kod dje-

ce i adolescenata koja se nastavlja i u odrasloj dobi. Ta djeca imaju više anksioznih simptoma i teškoća u funkcioniranju od djece koja imaju samo GAP.

Oko 20 % djece s anksioznim poremećajem ispunjava kriterij za neki od poremećaja ponašanja. Kod hiperaktivnog poremećaja oko 30 % djece ima komorbiditetni anksiozni poremećaj (1).

KLASIFIKACIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Separacijski anksiozni poremećaj

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

Prema DSM-IV i DSM-5 klasifikaciji za dijagnozu SAP-a smetnje moraju trajati najmanje četiri tjedna i prouzročiti klinički značajne teškoće u školskom, socijalnom i obiteljskom

funkcioniranju. Najčešće se dijagnosticiraju poslije šeste godine. U dijagnostičkim kriterijima (DSM-IV) postavljena je donja granica dobi jer je taj tip anksioznosti primjeren od 7. mjeseca do 6. godine. Na temelju toga separacijska anksioznost smatra se normalnom do šeste godine djetetova života. U DSM-5 ovaj poremećaj više nije vezan kao poremećaj koji nastupa u djetinjstvu, odnosno da bi se zadovoljio dijagnostički kriterij više se ne navodi dob nastupanja uvjeta.

Socijalna fobija/socijalni anksiozni poremećaj

Socijalna fobija se definira kao neprimjereni strah od izloženosti promatranju i kritičkoj procjeni drugih u različitim socijalnim situacijama i očekivanje da će rezultat takve procjene za osobu biti negativan. Dva su tipa socijalnog straha vezana za socijalnu anksioznost: strah od procjene drugih ljudi i anksioznost u socijalnim interakcijama. Prema DSM-5 jedan od dijagnostičkih kriterija je da djeca moraju doživljavati anksioznost i u odnosu s vršnjacima, a ne samo sa odraslima. Više se ne navodi da djeca moraju prepoznati svoj strah kao pretjeran i nerazuman, strah i anksioznost moraju biti izvan proporcija na stvarnu prijetnju. Javlja se kao strah od javnih nastupa, predavanja, izjava za TV, iznošenja osobnog mišljenja pred većim brojem ljudi, susreta za značajnim osobama, pokazivanja znanja i vještina na ispitu, za vrijeme obroka u nazočnosti drugih, pričanje u razredu, odlazak na druženja, pisanje na ploči, pričanje ispred figura autoriteta, igranje s drugom djecom. Dijete koje je prisiljeno biti u socijalno-fobičnoj situaciji doživljava jake simptome anksioznosti koji se manifestiraju kao crvenilo lica i vrata, mučnina, drhtanje i blokada govora. Takva situacija može dosegnuti razinu paničnog napadaja uz popratne kognitivne interpretacije. Djeca iskazuju anksioznost plakanjem, bijesom ili povlačenjem iz zastrašujućih socijalnih situacija. Kod adoles-

cenata se javlja anticipacijska anksioznost, odnosno strah od straha jer su uglavnom svjesni svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih simptoma te dolazi do izbjegavajućeg ponašanja što se negativno odražava na kvalitetu života. U kasnijim godinama kod starijih adolescenata socijalna fobija može dovesti do poteškoća na radnom mjestu ili u ostvarivanju emocionalnih veza. Kod mlađih može prerasti u školsku fobiju i prekida školovanja. Školska fobija prema Wenaru definirana je kao neracionalna prestravljenost nekim aspektima školskih okolnosti, što je popraćeno fiziološkim simptomima anksioznosti ili panike kad polazak postane neizbježan i dovodi do djelomične ili potpune nemogućnosti odlaska u školu (11).

Generalizirani anksiozni poremećaj

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

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

Specifična fobija

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

Panični poremećaj s agorafobijom ili bez nje

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

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

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

DSM-5 uključuje novo poglavlje o opsesivno-kompulzivnom poremećaju (OKP). U skupinu Opsesivno kompulzivni i srodni poremećaji uz OKP uključuje dizmorfofobiju, poremećaj skupljanja, trihotilomaniju i poremećaj grebanja kože. Opsesivno-kompulzivni poremećaj

karakterizira intenzivna anksioznost, ponavljajuće opsesije i/ili kompulzije.

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

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

depresija. Kod ranog početka često se javlja i ADHD. Oko 5-7 % mladih s OKP-om ima Tourettov poremećaj.

Selektivni mutizam

DSM-IV klasificira selektivni mutizam kao poremećaj koji se po prvi puta dijagnosticira u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji. DSM-5 donosi veće promjene i selektivni mutizam razvrstava u opću kategoriju anksioznih poremećaja. Definiran je kao poremećaj u kojem djeca odbijaju govoriti u specifičnim situacijama uz zadržanu sposobnost govorenja u drugim okolnostima, npr. pričaju kod kuće odnosno u situacijama u kojima se osjećaju ugodno i sigurno. Najčešće se javlja u dječjoj dobi, najčešće u dobi između 4-8 godina te se češće javlja kod djevojčica nego kod dječaka. Prevalencija u općoj populaciji iznosi od 0,08 % do 1,9 %, te se jako rijetko javlja kod dvojajčanih blizanaca. Djeca razumiju što im se govori i mogu normalno komunicirati s roditeljima i bliskim osobama. Odbijaju govoriti najčešće u školi, vrtiću ili u situacijama u kojima se osjećaju uplašeno. Prema DSM-5 za dijagnozu smetnje trebaju trajati najmanje mjesec dana s time da je isključeno prvih mjesec dana u školi. Loš ishod poremećaja povezan je s mutističkim ponašanjem, lošim obiteljskim okruženjem, psihičkom bolešću roditelja, prvobitnim pogrešnim tumačenjima da se primarno radi o oštećenju sluha.

Posttraumatski stresni poremećaj

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

svjedočenju životno ugrožavajućim iskustvima. Karakterizira ga intenzivan strah, osjećaj užasa i bespomoćnosti zbog izloženosti intenzivnoj traumi. Vjerojatnost da će se razviti PTSP ovisi o jačini i dužini izloženosti djeteta traumatskom događaju. Dolazi do značajnih promjena u ponašanju uključujući pretjeranu sramežljivost i odsutnost, pretjerane emocionalne reakcije, pobuđenost, kao i opsesivne misli o traumatskom događaju (u budnom stanju, ali i noćnim morama). Pacijenti često izbjegavaju situacije vezane uz traumatski događaj. PTSP je rizični faktor za kasniji razvoj psihičkih bolesti.

LIJEČENJE

Tretman djece s blažim simptomima anksioznosti uključuje psihoedukaciju i suportivnu psihoterapiju. Ako se radi o mlađem djetetu primjenjuje se terapija igrom kojom se djeca slobodno izražavaju na verbalni način, fizički ili samom igrom. Psihoterapija se uvodi ako su simptomi anksioznosti umjereno izraženi i ometaju normalno funkcioniranje djeteta. Postoje različite psihoterapijske tehnike, ali najviše je dokaza o učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u akutnoj fazi i dugotrajnom liječenju anksioznih poremećaja kod djece. Za teške simptome anksioznosti koji onemogućavaju funkcioniranje djeteta te uključivanje u psihoterapiju ili kod djelomičnog odgovora na psihoterapiju indicirana je primjena psihofarmakološke terapije. U novije vrijeme uvodi se i terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*).

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

Odabir psihoterapijskog pristupa određuje se prema kliničkoj slici, ličnosti djeteta/ado-

lescenta te specifičnostima razvojne dobi u kojoj se dijete nalazi, tipu problema i načinu komunikacije. Najvažnije je pridobiti povjerenje djeteta i motivirati ga za sudjelovanje kao i samu obitelj. Djeca rijetko samostalno traže psihoterapijski pristup. Često budu upućeni od strane roditelja, učitelja ili liječnika obiteljske medicine. Često je potrebno raditi na promjeni prezahtjevne okoline. Tretman se sastoji od multimodalnog pristupa, koji uključuje smjernice za djecu i roditelje, zatim psihoterapiju, farmakoterapiju i obiteljske intervencije.

Farmakoterapija

Farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju djece i adolescenata. Ponekad je neophodna uz psihoterapiju. Kombiniranje psihoterapije s farmakološkim tretmanom potrebno je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću, kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomičan odgovor na samu psihoterapiju (1). Kod primjene farmakoterapije potrebno je poznavati biološke specifičnosti djece. Postoje mnoge razlike u farmakokinetici i farmakodinamici lijekova. Odabir i propisivanje lijekova koji se primjenjuju u liječenju primarno treba biti u području dječjeg i adolescentnog psihijatra. Često se javljaju nuspojave koje se ne javljaju u odraslih. Psihofarmakološka terapija se uvodi pojavljivanjem teških simptoma anksioznosti koji narušavaju funkcioniranje djeteta.

Prvom linijom terapije za pedijatrijske anksiozne poremećaje smatraju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Prema literaturi ne postoje jasno definirane smjernice za doziranje SIPPS-a kod anksioznih poremećaja u djece i adolescenata. Preporuka je da se liječenje započinje malim dozama uz obavezno praćenje bolesnika zbog mogućnosti nuspojava. Doza se postupno povećava do najmanje učinkovite doze te daljnje povećanje doze nakon 4 do 6 tjedana, ako se ne postigne

zadovoljavajući odgovor na terapiju. U istraživanjima kontroliranim placebo kod djece i adolescenata uočeno je javljanje agresivnog i neprijateljskog ponašanja uz primjenu lijekova iz skupine SIPPS-a. Nuspojave mogu biti probavne smetnje (mučnina, povraćanje, proljev), nuspojave središnjeg živčanog sustava (glavobolja, nesanica) te poremećaji spolne funkcije. Simptomi su često blagi i privremeni. Manje česti simptomi koji se mogu javiti uključuju impulzivnost, agresiju i iritaciju. Potrebno je smanjiti dozu lijeka. Prije propisivanja lijekova iz skupine SIPPS-a potrebno je obratiti pažnju na povijest bipolarnog poremećaja u obitelji (3).

Istraživanja dokazuju da je za postizanje potpune i stabilne remisije najučinkovitija kombinacija SIPPS-a i KBT-a (1). Prilikom primjene SIPPSa s kraćim poluvremenom raspada (sertralin, fluvoksamin) nagli prekid terapije može dovesti do simptoma sustezanja koji se manifestiraju vrtoglavicom, nesanicom, mučninom, povraćanjem, mialgijom, umorom, konfuzijom, agitacijom, iritabilnošću.

Multicentrična studija (*Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study*, CAMS) uspoređivala je učinkovitost placeba, sertralina i KBT-a te kombinirano liječenje sertralinom i KBT-om u akutnom liječenju SAP-a, GAP-a i socijalne fobije kod mladih. Rezultati istraživanja navode da su najučinkovitije metode kombinacija SIPPS-a i KBT-a (3). SIPSS-i su prva linija izbora lijekova u ovoj dobnoj skupini. *Food and Drug Administration* (FDA) izdala je upozorenje kada je riječ o korištenju antidepresiva u djece, uključujući i SIPPS, te zatražila da se na uputi za lijek istakne upozorenje „*black-box warning*“ o povećanom riziku za suicidalno ponašanje kod djece i adolescenata. Primjena antidepresiva nije kontraindicirana, potrebno je pažljivo praćenje bolesnika nakon početka terapije ili nakon povećanja doze. Za vrijeme korištenja antidepresiva potrebno je obratiti pozornost na potencijalne znakove pogoršanja poremećaja, uzrujanosti, suicidalnosti.

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

Klomipramin, neselektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina ima veću učinkovitost od SIPPS-a u liječenju OKP-a. Zbog nuspojava i farmakokinetičkih karakteristika ne pripada u prvu liniju terapije. Za korištenje ostalih psihofarmaka u liječenju anksioznih poremećaja nije dokazana učinkovitost. Triciklički antidepresivi se ne preporučaju kod djece i adolescenata zbog kardijalnih i antikolinergičkih nuspojava te mogućeg letalnog ishoda kod predoziranja (18).

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

Kod mladih s paničnim poremećajima ne postoje studije terapije lijekovima. Kod liječenja, koriste se SIPPS-i kao prva linija, mogu se kombinirati s benzodiazepinom kod jačih napadaja panike (3).

Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) pokazala se učinkovitom u tretmanu anksioznih poremećaja, ima empirijsku pozadinu te je popularan izbor za djecu s tim poremećajima. Kombinacija je kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Temelj kognitivnih pristupa terapije je da disfunkcionalni i iskrivljeni načini mišljenja uzrokuju ili povećavaju disfunkcionalne emocije i ponašanja (19). Bihevioralne tehnike ima-

ju za cilj promjenu ponašanja. Zajedničkim snagama kognitivno-bihevioralne strategije omogućuju podržavajuću, edukacijsku i strukturiranu psihoterapiju usmjerenu na podučavanje novim obrascima ponašanja i stavovima kod djece koja koriste nezrele i neučinkovite obrasce. Naglašava kako djeca mogu koristiti proces mišljenja za restrukturiranje i rješavanje problema. KBT sadrži tri temeljne skupine metoda: terapija rješavanja problema (engl. *problem solving*), terapije temeljene na kognitivnoj restrukturaciji i terapija suočavanja (2). Kognitivno restrukturiranje podrazumijeva davanje uputa samome sebi, ističe važnost unutarnjeg monologa, potkrepljuje sustavno opažanje i dovodi do promjene ometajućih misli. Terapija rješavanja problema omogućuje više potencijalnih rješenja za neprimjerene obrasce. Terapija suočavanja temelji se na imaginarnom i stvarnom izlaganju s postupnim suočavanjem s izazovnim situacijama (3). Kognitivno-bihevioralni pristup provodi se u tri stupnja: identifikacija automatskih negativnih misli u različitim životnim situacijama, modifikacija kognitivnih distorzija fokusiranjem iracionalnosti pacijentovih misli, stavova i stvaranje novih obrazaca te bihevioralni eksperimenti kojima se potvrđuje ispravnost novoga mišljenja. Kognitivno-bihevioralni pristup zahtijeva mentalne sposobnosti djeteta, primijenjuje se kada dijete postigne određeni stupanj zrelosti.

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

hijerarhije strahova s relaksacijskim tehnikama. Djeca sa separacijskim anksioznim poremećajem imaju pozitivan učinak od kognitivnog restrukturiranja koje im pomaže proučiti njihove anksiozne misli i pronaći rješenje za njih. KBT kod djece s paničnim poremećajem uključuju psihoedukaciju o psihološkim procesima koji vode do fizičkih osjeta, progresivno opuštanje mišića, disanje i relaksaciju, kognitivno suočavanje, i postepeno izlaganje situacijama u kojima se javlja određena fobija. Liječenje socijalne fobije kognitivno-bihevioralnim tretmanom temelji se na izlaganju djece situacijama koje prouzrokuju anksioznost tretmanom koji pridonosi boljem razvoju socijalnih vještina. Postoje dokazi koji podupiru bihevioralne intervencije kod selektivnog mutizma kod multimodalnog psihosocijalnog tretmana. Okolina oko djeteta potiče se da ne govori u ime djeteta. Napor u neverbalnoj komunikaciji koje dijete ulaže treba biti pozitivno nagrađen i podupiran (potkrepljivanje pozitivnog ponašanja). Dijete se KBT tretmanom uči nositi s anksioznošću te vremenom dolazi do verbalne komunikacije koja isto tako treba biti nagrađena (3).

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

Podržavajuća (suportivna) psihoterapija

Ovaj oblik psihoterapije posebno je koristan mladim osobama da se nose s emocionalnim previranjima potaknutim kriznom situacijom (19). Suportivna terapija pruža oslonac i sigurnost te djeluje umirujuće. Većina pacijenata osjeti popuštanje anksioznosti kada im se ponudi mogućnost da svoje poteškoće podijele s terapeutom. Ako je uzrok problema u vanjskoj okolini ona se nastoji promijeniti, odnosno utjecati na nju kako bi se smanjio stresni pritisak. Time se postiže napredak u socijalnom funkcioniranju.

Obiteljska psihoterapija

Temeljno je načelo ove terapije pomoći obitelji odnosno njezinim članovima u boljem razumijevanju i razradi problema te pronalaženju rješenja koja ranije nisu mogli spoznati. Radi se na povećanju razumijevanja članova obitelji naravi samog poremećaja, a s tim i njihovu sposobnost primjerenog odgovora na bolesnog člana te adekvatnu potporu i poticanje pozitivnih obrazaca ponašanja.

Terapija igrom

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

cilj je stvoriti suportivni odnos s terapeutom koji doprinosi prevladavanju anksioznosti.

Dijete samostalno odabire što će i na koji način koristiti u igri. Terapeut ga prati i posvećuje mu potpunu pažnju. Stvara se sigurno okruženje gdje terapeut omogućuje djetetu da se izrazi fizički, verbalno ili igrom. Takav proces omogućuje djetetu da se u potpunosti usmjeri na vlastite snage i pronade nove načine ophođenja emocijama i nove načine ponašanja. Terapeut može povremeno reflektirati djetetu ono što opaža zbog bolje kvalitete samog procesa (20). U terapiji igrom koriste se različiti mediji i tehnike. U literaturi se navode terapijsko pričanje, glazba, pokret, ples, dramatizacija, glina i plastelin, crtanje, slikanje.

Terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti

Terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (engl. *mindfulness based therapy*, MBT) primijenjena u školama, kliničkim i nekliničkim populacijama pokazuju pozitivne učinke na socioemocionalno, bihevioralno i fiziološko funkcioniranje mladih. Istraživanja pokazuju značajne funkcionalne i strukturne promjene u prefrontalnom korteksu, orbitofrontalnom korteksu, insuli, amigdali koja ima ključnu ulogu u modulaciji odgovora na stres, cingularnom korteksu, temporoparijentalnoj regiji odnosno u područjima koja reguliraju pažnju, učenje, memoriju, regulaciju emocija. Veća emocionalna stabilnost i manja reaktivnost rezultat su primjene terapija utemeljenih na usredotočene svjesnosti. U nalazima EEG-a pronađena je povećana alfa i theta aktivnost što je povezano s poboljšanim kognitivnim procesima te otpuštanjem endorfina, serotonina i dopamina. Utječe na normalizaciju krvnog tlaka, pulsa i ritma disanja te potrošnje kisika te na smanjenje aktivnosti osovine hipotalamus-hipofiza-adrenalna žlijezda i razine kortizola, simpatičkog i parasimpatičkog

sustava, reakcije upale u organizmu (snižena razina proinflatornih citokina) koji reguliraju različite metaboličke funkcije i organske sustave (probava, imunološki i kardiovaskularni sustav). Smanjenje razine stresa nakon vježbi usredotočene svjesnosti rezultira povećanjem produktivnosti i učinkovitosti osoba (21). Istraživanja su pokazala pozitivan učinak usredotočene svjesnosti u kliničkim skupinama djece i adolescenata na smanjenje anksioznosti, depresije, somatskih simptoma, simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, problema pažnje, distraktibilnosti, problema ponašanja, agresivnosti, impulzivnosti, zlostavljanja vršnjaka, isključenja iz škole te poboljšanje kognitivne inhibicije, samopouzdanja, socijalnih vještina, kognitivne fleksibilnosti, samoregulacije i raspoloženja. Takvi učinci povećavaju sposobnost djece za suočavanje sa stresom. Biegel i sur. su našli da kod adolescenata u ambulantnom psihijatrijskom tretmanu s različitim psihičkim poremećajima MBT dovodi do smanjenja anksioznosti, depresije i somatske nelagode uz poboljšanje samopoštovanja i sna (22).

Dobrobiti MBT-a još uvijek nisu prepoznate u medicini, pristupa im se s nepovjerenjem bez obzira na sve veće dokaze da su tehnike učinkovite i dovode do poboljšanja simptoma depresije, anksioznih poremećaja, stresa i kvalitete života kod bolesnika s malignim i kardiovaskularnim bolestima, kroničnim somatskim bolestima, kroničnom boli. Otvorene, randomizirane kontrolirane kliničke studije i metaanalize potvrđuju učinkovitost MBT-a (21). Za socijalnu anksioznost studije navode bolju učinkovitost uobičajenih terapijskih postupaka naspram MBT.

Pojam usredotočena svjesnost (engl. *mindfulness*) odnosi se na stanje svijesti s pažnjom usmjerenom prema vlastitim iskustvima koja uključuju misli, tjelesne senzacije i osjećaje ili prema okolini u sadašnjem trenutku bez prosudbe (22). Ona uključuje otvoren pristup

životu onako kako se događa u svakom trenutku aspektima prihvaćanja, namjerama, pozornosti, neprosuđivanja i otvorenosti. Suprotnost je tipu ruminativnog razmišljanja koje se redovito pojavljuje kod većine psihičkih problema i poremećaja koji su najčešći u populaciji (depresija, anksiozna stanja i strahovi, anksiozni poremećaji). Usredotočena svjesnost je namjerna. Kultiviranjem usredotočene svjesnosti osoba postaje svjesnija sadašnje realnosti i izbora koji je pred njom. Osoba postupi sa svjesnošću. Suprotno tome, ruminacije su često automatske reakcije na različite okidače. Dovode do negativnih emocija i negativnih misli s različitim tjelesnim senzacijama i nefunkcionalnim ponašanjem što sve povratno utječe i pojačava negativne misli. Svjesnost se može jednostavno definirati kao poseban način obraćanja pozornosti.

Njegovanje usredotočene svjesnosti postoji u tradiciji meditacije religija Istoka i Zapada više od 2500 godina. Intervencije i terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti uvedene su u suvremenu medicinsku praksu krajem 1970-tih godina. John Kabat-Zin, profesor emeritus na Medicinskom sveučilištu Massachusetts, utemeljitelj je Klinike za redukciju stresa i posebnog odjela na Sveučilištu koje se bavi primjenom, edukacijom i istraživanjima na području usredotočene svjesnosti. Razvio je osmotjedni program za ublažavanje stresa i opuštanja (engl. *Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR) temeljen na usredotočenoj svjesnosti te prošireni MBCT, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (23). Kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (MBCT), terapija prihvaćanjem i posvećenošću (ACT), integrativna bihevioralna terapija parova (ICBT), dijalektička bihevioralna terapija (DBT), metakognitivna terapija (MT), terapija usmjerena na sućut prema sebi i itd. samo su neke od terapija koje pripadaju *tretmanima trećeg vala* KBT-a za različite psihičke poremećaje i smetnje. Temelj svih tehnika je usredotočena svjesnost (engl. *mind-*

fulness). Naglasak je na prihvaćanju i drugačijem odnošenju prema nepoželjnim mislima, emocijama, tjelesnim senzacijama (24,25).

Terapije temeljene na pristupu usredotočene svjesnosti uključuju različite tehnike i intervencije kao što su sjedeća meditacija, vježbe disanja, meditacija pokreta, usredotočena svjesnost slušanja i razmišljanja, metoda pregleda tijela (engl. *body scan*), različite metode u svakodnevnom životu kao što je jedenje s usredotočenom svjesnošću. Dječja radoznalost i spremnost na učenje čini ih otvorenim za usvajanje tehnika usredotočene svjesnosti. Kod primjene u djece i adolescenata potrebno je tehnike primijeniti u skladu s razvojnim karakteristikama i kognitivnim sposobnostima. Vježbe su jednostavnije, traju kraće, koristi se jezik prilagođen djeci i elementi igre, aktivnosti, kretanja, zabave, humora. Poželjno je uključiti roditelje ili skrbnike u samu praksu. Na iskustvenoj razini mogu osjetiti što je usredotočena svjesnost i koje su njezine dobrobiti kako bi i sami ojačali pozitivan model ponašanja (26).

U početku se primjenjuju vježbe usredotočene svjesnosti prema vanjskoj okolini, a zatim prema iskustvima u tijelu, a na kraju dolaze vježbe svjesnosti uma i meditacije. Vježbe mogu biti različite, a najčešće uključuju vježbe disanja, pokreta, osjetila, pregled tijela, različite metode meditacije koje mogu povećati sposobnost pažnje i svjesnosti. Kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti za djecu (engl. *Mindfulness Based Stress Reduction for Children*, MBSR-C) uključuje skraćenu sjedeću meditaciju disanja i tijela za djecu, dodatne vježbe pokreta. Pomaže decentriranju odnosno odmaknu od negativnih misli i/ili osjećaja. Namijenjena je poboljšanju emocionalne samoregulacije i socijalno-emocionalne otpornosti djece. Kabat-Zinn ističe da usredotočena svjesnost zbog gledanja na misli i osjećaje bez prosuđivanja i bez impulzivnog reagiranja omogućuje prihvaćanje stresnih događaja u životu kao izazova, a ne kao prijetnji. Djeca i adolescenti postaju

sposobniji za suočavanje sa sadašnjim i budućim zahtjevnim životnim situacijama.

ZAKLJUČAK

Djetinjstvo i adolescentna dob su ključna rizična faza za razvoj simptoma anksioznosti koji variraju od blagih prolaznih simptoma pa sve do potpuno razvijene anksioznosti i istoimenih poremećaja. U današnje vrijeme čine jedne od najčešćih mentalnih poremećaja koji se povezuju s djetinjstvom i adolescencijom. Porast poremećaja povezan je i s lošim odnosima u obitelji, ekonomskim teškoćama i duševnim smetnjama roditelja. Unatoč suvremenim spoznajama o etiologiji i rizičnim faktorima kao i trendovima u liječenju, često djeca nisu pravodobno prepoznata i uključena u terapijski tretman. Rana identifikacija i efektivno liječenje dječje anksioznosti omogućuje minimalizirati negativni utjecaj na obrazovno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje mladih. Također, važno je istaknuti da se ranim otkrivanjem i nadzorom anksioznosti smanjuje daljnja potreba za velikim medicinskim pretragama i obradama te nuspojave farmakoterapije. Iako postoji mnogo dokaza o značenju kognitivno-bihevioralne terapije za anksiozne poremećaje, podatci koji se tiču tretmana lijekovima još uvijek nisu prisutni u zadovoljavajućem broju. Isto tako nisu poznati dugoročni učinci koje farmakološki tretman ima na razvoj mozga. U psihoterapijskom pristupu važno je da se svakom djetetu pristupa individualno, a odabir tretmana treba prilagoditi ovisno o dobi, kognitivnom razvoju, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, simptomima, preferencijama roditelja i djeteta za pojedini oblik liječenja. Način liječenja uključuje multimodalni pristup temeljen na psihoedukaciji roditelja i djeteta, psihoterapiji i farmakoterapiji. Psihoedukacija s roditeljima je veoma važna a uključuje edukaciju o poremećaju, simptomima, posljedicama i tretmanu, dok je dijete najvažnije motivirati za sam

tretman. Uz spomenute kognitivno-bihevioralne terapije i farmakoterapiju u novije vrijeme popularan izbor u prevenciji i liječenju imaju terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti (MBT) zbog pozitivnih učinaka na kognitivno, emocionalno, socijalno i obrazovno funkcioniranje djece. Dječja kreativnost, otvorenost i znatiželja doprinose usvajanju ovih tehnika.

Poremećaji iz ove skupine ostavljaju dugotrajne posljedice na mentalno zdravlje osobe. Ono je sastavni dio općeg zdravlja te je najvažniji resurs za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini.

Ti poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, obitelji i okoline. Zbrinjavanje dovodi do ekonomskog opterećenja društva, ali i za samo dijete, čija je produktivnost izrazito smanjena, a najviše u društvenom i obrazovnom okruženju. Psihološka, biološka i socijalna disfunkcija su najveće opterećenje za osobu. Podloga za dobro mentalno zdravlje u najvećoj se mjeri oblikuje u prvim godinama života, a unaprjeđenje mentalnog zdravlja djece i mladih je ulaganje u budućnost.

LITERATURA

1. Boričević-Maršanić V. Anksiozni poremećaji dječje i adolescentne dobi. U: Dodig-Čurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
2. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
3. Connolly S, Simpson D, Petty C. Anxiety Disorders. New York: Chelsea House, 2006.
4. Vulić-Prtorić A. Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija* 2006; 9: 171-94.
5. Asbahr FR. Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *J Pediatr* 2004; 80: 28-34.
6. Weiss DD, Last CG. Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. U: Vasey MW, Dadds MR (eds). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press, 2001.
7. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. Istraživanja u razvojnoj psihologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2011.
8. McClure E, Adler A, Monk C i sur. fMRI predictors of treatment outcome in pediatric anxiety disorders. *Psychopharmacology* 2007; 191: 97-105.
9. Rudan V. Psihoanalitički koncept anksioznosti. *Medix* 2007; 17: 67-71.
10. Gregurek R, Braš M. Psihoterapija anksioznih poremećaja. *Medix* 2007; 71: 72-4.
11. Wenar C. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
12. Hollander S, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
13. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorder in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-5. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32: 483-524.
14. Jokić-Begić N, Jurin T, Lauri Korajlija A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Modified Childhood Anxiety Sensitivity Index in a Sample of Croatian Children and Adolescents. *J Psychopathol Behav Assessment* 2012; 34: 126-35.
15. Kralik K. Najčešće primjenjivani mjerni instrumenti u djece i adolescenata. U: Dodig-Čurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
16. Bajš M, Janović Š, Štrkalj Ivezic S, Bajš M. Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. *Medix* 2007; 13: 75-8.
17. Nikolić S, Marangunić M i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2004.
18. Jakovljević M. Biološka terapija u psihijatriji. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
19. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
20. Benić D. Psihoterapijski tretman djece i adolescenata. U: Dodig-Čurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
21. Boričević-Maršanić V, Paradžik LJ, Zečević I, Karapetrić-Bolfan LJ. Usredotočena svjesnost – Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. *Soc psihijat* 2015; 43: 142-50.
22. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CA. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 855-66.
23. Kabat-Zinn J. Živjeti punim plućima: iskoristite mudrost tijela i uma kako biste se uhvatili u koštac sa stresom, bolom i bolešću. Zagreb: VBZ, 2006.
24. Barbarić D. Usredotočena svjesnost i 3. val kognitivno-bihevioralnih terapija. 1. konferencija hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije s međunarodnim sudjelovanjem, Zagreb, 2015.
25. Barbarić D, Markanović D. Učinci 8-tjednog tečaja mindfulnessa na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu – preliminirani nalazi. *Soc psihijat* 2015; 43: 199-208.
26. Thompson M, Gauntlett-Gilbert J. Mindfulness with Children and Adolescents: effective clinical application. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2008; 13: 395-407.