

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet Osijek
Studij pedagogije i mađarskog jezika i književnosti

Antonela Jančić

OBILJEŽJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA KOD
ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc. Goran Livazović

Osijek, 2019.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet Osijek
Odsjek za pedagogiju
Studij pedagogije i mađarskog jezika i književnosti

Antonela Jančić

OBILJEŽJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA KOD
ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Društvene znanosti, Pedagogija, Posebne pedagogije

Mentor: izv. prof. dr. sc. Goran Livazović

Osijek, 2019.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 5.9.2019

Antonela Jarić .0122223968

ime i prezime studenta, JMBAG

SAŽETAK

Cilj rada je definirati i objasniti anksioznost i vrste anksioznih poremećaja, te utjecaj anksioznosti na adolescenta, vršnjačke i obiteljske odnose. U suvremenom društvu adolescent je suočen s brojnim promjenama, novim situacijama i formiranjem vlastitog identiteta. Adolescencija predstavlja teško razdoblje za adolescenta. Suočavanje sa ovim stresnim ili teškim situacijama kod adolescenta utječe na pojavu anksioznog poremećaja. Anksioznost je sve češća pojava u današnjem društvu i kako bi pomogli pojedincu važno je obrazovati društvo koje će moći prepoznati anksiozne poremećaje i pružiti potrebnu pomoć. Ova tema je važna za pedagošku znanost i struku zato što se problem anksioznosti često pojavljuje kod učenika u školama i važno je za pedagoge i nastavnike prepoznati problem i pružiti potrebnu pomoć. Anksioznost utječe na obiteljske i vršnjačke odnose i na kvalitetu života. Ukoliko se adolescentu ne pomogne problem postaje sve veći, dolazi do težih anksioznih poremećaja, depresije ili suicida. Pojedincu se može pomoći raznim terapijama i razgovorima s obitelji, vršnjacima ili u školi.

Ključne riječi: adolescenti, anksioznost, anksiozni poremećaji, obitelj, vršnjački odnosi, suicidalnost

ABSTRACT

The aim of the work is to define and explain anxiety and types of anxiety disorders, as well as the impact of anxiety on adolescents, peers and family relationships. In contemporary society, the adolescent is confronted with numerous changes, new situations and the formation of his or her own identity. Adolescence represents a difficult period for the adolescent. Coping with these stressful or difficult situations in an adolescent affects the onset of anxiety disorder. Anxiety is an increasingly common occurrence in today's society and in order to help the individual it is important to educate a society that will be able to recognize anxiety disorders and provide the assistance they need. This topic is important for pedagogical science and the profession because the problem of anxiety often occurs in students in schools and it is important for educators and teachers to identify the problem and provide the help they need. Anxiety affects family and peer relationships and quality of life. Unless the adolescent is helped, the problem becomes more severe, occurs severe anxiety disorders, depression, or

suicide. We can help the individual with various therapies and conversations with family, peers or at school.

Keywords: adolescents, anxiety, anxiety disorders, family, peer relationships, suicidality

SADRŽAJ

I.	UVOD	1
II.	TEORIJSKA POLAZIŠTA.....	2
2.1.	ANKSIOZNI POREMEĆAJI	2
2.1.1.	Vrste i obilježja anksioznih poremećaja	5
2.2.	RAZVOJNE ZNAČAJKE ADOLESCENCIJE.....	9
2.3.	ADOLESCENT U OBITELJI I VRŠNJAČKIM ODNOSIMA	10
2.4.	ANKSIOZNI POREMEĆAJI KOD ADOLESCENATA.....	12
2.5.	SUICIDALNOST I UTJECAJ MEDIJA	14
2.6.	REZULTATI EMPIRIJSKIH ISTRAŽIVANJA I TERAPIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	17
III.	RASPRAVA.....	19
IV.	ZAKLJUČAK	21
V.	LITERATURA.....	22

I. UVOD

Anksioznost je sve češća pojava u današnjem društvu i sve više pojedinaca pati od simptoma anksioznih poremećaja. Upravo zbog toga odabrala sam ovu temu. Problem anksioznosti iznimno je važan zato što pojedinac suočen po prvi puta s anksioznošću se ne zna s time nositi, nije spreman potražiti pomoć i njegov problem postaje sve veći. Anksioznost uvelike utječe na život pojedinca i potrebna mu je pomoć kako bi ju mogao prevladati. Anksioznost je ponekad teško prepoznati, zato je potrebno obrazovati društvo kako bi mogli pomoći jedni drugima u obitelji, među prijateljima ili u školi. Ova tema je važna za pedagošku praksu zato što profesori i pedagozi trebaju znati prepoznati znakove anksioznosti i pomoći pojedincu. Potrebno ih je osposobiti kako bi znali kolika je zastupljenost anksioznosti kod adolescenata, kako prepoznati anksioznost i nakon prepoznavanja kako pomoći adolescentu da prevlada anksioznost. Adolescencija je komplicirano i teško razdoblje. Adolescenti prolaze kroz brojne promjene, fizički razvoj, upisivanje srednje škole i fakulteta, pronalazak svog mjesta u društvu, početak samostalnog života, privikavanje na nove životne situacije i formiranje vlastitog identiteta. Često su adolescenti upravo ti koji iskuse anksioznost, ona može biti sasvim normalna pojava zbog tolikih promjena, ali može postati i puno ozbiljniji problem. Upravo zato treba raditi na prevenciji pojave anksioznih simptoma i na ukazivanju pomoći ukoliko se pojavi anksioznost. Anksioznost je bitan problem u društvu, i tako se treba i odnositi prema njemu. U ovom radu prvo će se pokušati što točnije prikazati vrste anksioznih poremećaja, zatim u poglavlju razvojne značajke adolescencije opisati što je to adolescencija, te koja je uloga obitelji i vršnjaka u tom periodu. U glavnom dijelu ovoga rada navode se rizični i zaštitni faktori za pojavu anksioznosti, koji su to anksiozni poremećaji koji se najčešće pojavljuju u adolescenciji, koji je utjecaj medija na anksioznost. Također, u radu se objašnjava suicidalnost i terapija anksioznih poremećaja. Na kraju rada predstavljaju se tri empirijska istraživanja koja su usmjerena na problem anksioznosti i njegov nastanak.

II. TEORIJSKA POLAZIŠTA

2.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Anksioznost je sve češći problem s kojim se susrećemo u cijelom svijetu. Suočeni sa brojnim problemima, stresom, tragedijama, ekonomskom krizom i nezaposlenošću anksioznost se pojavljuje sve češće. Također, anksioznost se pojavljuje kod adolescenata koji su suočeni s brojnim promjenama u privatnom životu i školi. Na pojavu anksioznosti adolescenata može utjecati i početak nove životne faze, kao što je početak srednje škole ili fakulteta, preseljenje u drugi grad ili pokušaj uklapanja u novu sredinu. Peters (2012) također navodi prekid romantične veze kao jedan od rizičnih faktora za anksioznost kod adolescenata. Neki od tih anksioznih poremećaja mogu biti prolazni i sasvim normalni, ali problem nastaje kada oni postanu patološki. Anksiozni poremećaji predstavljaju važan problem u pedagoškoj praksi. Jedan od razloga je zato što je anksioznost sve češća, a drugi je zato što se pojavljuje kod adolescenata. Upravo zbog toga je potrebno osposobiti djelatnike škole, kao što su pedagozi i nastavnici kako bi mogli pomoći adolescentu. Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost.“ (Vulić-Prtorić, 2006, 2). Krstanović (2016) navodi kako su najčešći oblici internaliziranih poteškoća kod adolescenata simptomi i problemi vezani za anksioznost.

Postoji nekoliko vrsta anksioznih poremećaja, kao što su: panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna fobija, specifične fobije, opsesivno – kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, ispitna anksioznost i anksiozna osjetljivost. Vulić-Prtorić (2006) navodi kako se simptomi anksioznih poremećaja pojavljuju na 4 područja, neovisno o kojem poremećaju se radi, a to su: tjelesno, emocionalno, kognitivno te bihevioralno područje.

Prema Vulić-Prtorić (2006) na tjelesnom planu pojavljuju se respiratorne, gastrointestinalne i kardiovaskularne promjene, te su one najčešće kod separacijske anksioznosti i paničnog napada. Na emocionalnom planu pojavljuju se osjećaji nesigurnosti, slabosti, neugode te straha. Ove simptome često vidimo kod anksiozne osjetljivosti. Također, navodi kako se na kognitivnom planu obično vidi potpuna intelektualna konfuzija, a simptomi su najčešće anticipacija nesreće i zabrinutosti. Kod anksioznosti se pojavljuje kognitivna dezorganizacija, što vodi do još veće uznemirenosti i više razine anksioznosti. „Na bihevioralnom planu prepoznaju se tri dominantna

ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija.“ (Vulić-Prtorić, 2006, 2).Izbjegavanje najčešće vidimo kod fobija, stereotipije kod opsesivno-kompulzivnih poremećaja, a slabiju koordinaciju kod socijalnih anksioznih poremećaja.

Prema Begić (2014, prema Krstanović, 2016) moramo razlikovati normalnu anksioznost od one patološke koja traje duže i ometa funkcioniranje čovjeka. Određeni anksiozni poremećaji su karakteristični za određenu dob, pa tako Oatley i Jenkins (2007, prema Krstanović, 2016) navode da je u ranom djetinjstvu zastupljena separacijska anksioznost, a u adolescenciji je češći generalizirani anksiozni poremećaj. Također, Krstanović (2016) navodi kako je socijalna anksioznost jedina anksioznost koja ima upadljive simptome dok drugi oblici mogu proći i neopaženo. Winkel (1996, prema Krstanović, 2016) navodi da je socijalna fobija vezana uz povjerenje u sebe i u druge, to je i strah od gubitka ljubavi i priznanja važnih osoba. Krstanović (2016) navodi da socijalno povučena djeca i adolescenti zbog nesigurnosti i stidljivosti ne uspijevaju razviti socijalne vještine, uključuju se u manje društvenih aktivnosti i osjećaju se manje zadovoljno od ostalih vršnjaka. Također navodi neke od uzroka socijalne povučenosti, a to su: genetska predispozicija i psihološke osobine roditelja, obiteljski međuodnosi, prethodna iskustva, krive interpretacije događaja i traume. „Strah i anksioznost su, kao i većina ostalih psiholoških fenomena u djetinjstvu i adolescenciji, međusobno vrlo isprepleteni i teško ih je razlikovati.“ (Vulić-Prtorić, 2002, 272). Intenzivni strahovi u adolescenciji mogu dovesti do anksioznosti. „Intenzivan strah može se prepoznati po uznemirenosti, bljedilu, pojačanom znojenju, kočenju, napetosti i zbunjenosti“ (Bouillet i Uzelac, 2007, prema Krstanović, 2016, 6). Prema Vulić-Protić (2002) ako je strah ili opasnost prepoznata i vezana za realne objekte, tada govorimo samo o strahu, ali ako je opasnost vezana za nešto nepostojeće ili neodređeno tada se govori o strahu od nepoznatog koji čini anksioznost. Specifične se fobije odnose na neutemeljeni, izraziti i stalni strah od određenih objekata ili situacija.“ (Krstanović, 2016, 6). Najčešći strahovi prema Vulić-Prtorić (2002) kod adolescenata su strah od tjelesnih povreda, strahovi vezani za kompetentnost i tjelesni izgled, strah od medicinskih intervencija, od socijalne neprihvaćenosti, javnih nastupa i od rata i nasilja. Također navodi kako pretjerani i dugotrajni strahovi mogu prerasti u opsesivno-kompulzivni poremećaj, socijalnu fobiju, separacijsku anksioznost, i sl. Prema Herman (1997, prema Profaca i Arambašić, 2009) traumatski događaji remete osjećaj kontrole, osjećaj povezanosti s drugima i značenje koje pojedinac pridaje svijetu. „Traumatsko iskustvo može utjecati na sva područja života: osjećaje, mišljenje, pamćenje, ponašanje, tjelesno zdravlje, socijalne odnose“ (Profaca i Arambašić, 2009, 54). Putnam (1997, prema Profaca i Arambašić, 2009) navodi klasifikaciju traumatskih događaja kojima su izloženi

djeca i mladi i razlikuje traumatske događaje vezane za zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji i one koji nisu vezani za to. Zlostavljanje djeteta je interakcija ili nedostatak interakcije između članova obitelji koji rezultira neslučajnom štetom koja se odražava na tjelesni i razvojni status pojedinca.“ (Hobbs, Hanks i Wynne, 1999, prema Profaca i Arambašić, 2009, 60). Briere (1992, prema Profaca i Arambašić, 2009) navodi da se posljedice zlostavljanja kao traumatskog iskustva pojavljuju u tri faze: početnu reakciju na viktimizaciju, prilagodba na zlostavljanje i suočavanje s traumom i sekundarnu prilagodbu. Prema Putnam (1997, prema Profaca i Arambašić, 2009) traumatski događaji koji ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji su nasilje u zajednici, katastrofe, ratni i građanski sukobi, nasilje u obitelji te nesreće i ranjavanja. Pynoos i Nader (1990, prema Profaca i Arambašić, 2009) tu navode i događaje kojima djeca svjedoče kao što su samoubojstvo, ubojstvo, silovanje, nasilje u zajednici, vršnjačko nasilje i bolesti u obitelji. Što se tiče anksiozne osjetljivosti Vulić-Prtorić (2006) navodi kako povišena razina anksiozne osjetljivosti kod djece može dovesti do paničnog poremećaja kod adolescenata. Također navodi da je u većem broju novijih istraživanja utvrđena visoka korelacija između anksiozne osjetljivosti i depresivnosti. Ispitna anksioznost je česta pojava kod adolescenata. „Veliki broj učenika tijekom svog obrazovanja osjeća anksioznost pri provjeravanju znanja, što može imati interferirajuće djelovanje na školski uspjeh, samopouzdanje, prihvaćenost od ostalih učenika u razredu i dr.“ (Cvitković i Wagner-Jakab, 2006, 113).

2.1.1. Vrste i obilježja anksioznih poremećaja

1) Panični poremećaj

Prema Hollander i Simeon (2006) kod paničnog napada osoba najčešće doživljava prestravljenost, strah, iščekuje nesreću, misli da će umrijeti, doživjeti srčani udar, izgubiti kontrolu, doživljava osjećaj gušenja i otežanog disanja, bol u prsima, znojenje te gubitak svijesti. Ovakvi napadaji najčešće traju od 5 do 20 minuta. Panični poremećaji se najčešće javljaju kod starijih adolescenata i u odrasloj dobi. Zaić (2005) navodi kako se panični poremećaj češće pojavljuje u odrasloj dobi, kao i generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno kompulzivni i posttraumatski stresni poremećaj. Panični poremećaj dijeli na: panični poremećaj s agorafobijom i panični poremećaj bez agorafobije. „Panični poremećaj s agorafobijom se javlja kod fobija. U najtežim oblicima agorafobije bolesnici su potpuno vezani za kuću, boje se izaći iz kuće bez pratnje, pa čak i ostati sami kod kuće.“ (Hollander i Simeon, 2006, 26). Ako adolescent ima panični poremećaj važno je da su s time upoznati članovi njegove obitelji kao i djelatnici u školi, kao što su nastavnici, pedagog i psiholog. Ukoliko se panični napad dogodi u školi bitno je da je dio djelatnika upoznat zbog čega se događa napad i kako pomoći pojedincu.

2) Generalizirani anksiozni poremećaj

„Generalni anksiozni poremećaj je glavna kategorija za snažnu i kroničnu anksioznost u odsutnosti paničnog poremećaja“ (Hollander i Simeon, 2006, 26). Također, ističu kako se dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja može postaviti tek nakon što bolesnik proživljava anksioznost najmanje 6 mjeseci i kada su prisutna najmanje tri navedena simptoma. Jedna od glavnih karakteristika generaliziranog anksioznog poremećaja prema Borkovec, Alcaine i Behar (2004) je zabrinutost. Najčešći simptomi su iščekivanje, zabrinutost, strah, teškoće u koncentriranju, mišićna napetost, umor, nesаница i razdražljivost. Generalizirani anksiozni poremećaj vrlo lako može biti neopažen. Ukoliko adolescent ne potraži pomoć i ukoliko skriva anksioznost, vrlo vjerojatno članovi njegove obitelji neće ni primijetiti da mu je potrebna pomoć. Ovaj anksiozni poremećaj predstavlja veliki problem u svakodnevnom životu adolescenta, može doći do pogoršanja odnosa sa članovima obitelji, prijateljima, pada uspjeha u školi, izostajanja iz škole ili propuštanje svakodnevnih aktivnosti.

3) Socijalna fobija

„Fobija se definira kao uporan i nerealan strah od nekog specifičnog predmeta, aktivnosti ili situacije koja dovodi do snažne želje za izbjegavanjem predmeta, aktivnosti ili situacije koje se osoba boji.“ (Hollander i Simeon, 2006, 27). Nadalje, osobe sa socijalnom fobijom strahuju i izbjegavaju situacije u kojima bi se od njih moglo očekivati da uđu u interakciju s drugim ljudima, zbog straha da će se osramotiti ili biti poniženi. Takve osobe izbjegavaju jedenje na javnim mjestima, govorenje, uporabu javnih zahoda, odlazak na socijalna okupljanja. Pojava socijalne fobije kod adolescenta sprječava razvoj socijalnih vještina. Također, može doći do pada školskog uspjeha ili izoliranosti u razredu, među vršnjacima.

4) Specifična fobija

„Specifična fobija je ograničeni strah od određenih predmeta, situacija ili aktivnosti.“ (Hollander i Simeon, 2006, 34). Prema autorima ovaj sindrom ima 3 komponente: iščekujuću anksioznost, strah i izbjegavajuće ponašanje. Također, ističu kako strah većinom nije zbog samog predmeta nego zbog mogućeg ishoda, na primjer osoba koja se boji zmija najčešće se zapravo boji ugriza, a ne same zmije. Prema Vulić-Prtorić (2002) u DSM-IV klasifikaciji specifične fobije imaju četiri podtipa: fobije od životinja, fobije od prirodnog okoliša, fobije od krvi, injekcije i situacijske fobije. Kod djece i adolescenata pojavljuje se i školska fobija. Zaić (2005) isitče kako je školska fobija strah izazvan nekim školskim okolnostima, praćen simptomima anksioznosti. Ukoliko se pojavi školska fobija kod djece ili adolescenata tada oni imaju probleme sa svladavanjem nastavnog sadržaja, izbjegavaju ići u školu, izoliraju se i u školi proživljavaju strahove. Nastavnici i pedagozi im trebaju pomoći u prevladavanju ovih strahova, razgovorom, radionicama, integracijom u razred i razgovorom s ostatkom učenika kako bi se saznalo zbog čega se pojavila fobija.

5) Opsesivno – kompulzivni poremećaj

„Opsesivno-kompulzivni poremećaj će se dijagnosticirati kada su opsesija (misli, ideje ili predodžbe) ili kompulzija (radnje), ili jedno i drugo, prisutni većinu dana najmanje u trajanju od 2 tjedna.“ (Štrkalj Ivezić i sur., 2007, 58). Prema Hollander i Simeon (2006) opsesije neželjeni psihički događaji koji izazivaju anksioznost ili nelagodu, mogu biti misli, ideje, slike, zvukovi, uvjerenja ili strahovi. Štrkalj Ivezić i sur. (2007) navode kako su najčešće opsesije misli o zarazi, ponavljajuće sumnje, potreba za određenim rasporedom stvari, agresivni i zastrašujući poticaji. „Kompulzivni ritual je ponašanje koje obično umanjuje nelagodu, no izvodi se na prisiljan ili nefleksibilan način. Ovakvo ponašanje može uključivati rituale koji se sastoje od pranja,

provjeravanja, opetovanja, izbjegavanja, žudnje za potpunošću i pedantnošću.“(Hollander i Simeon, 2006, 39). Ako su kompulzivni poremećaji izraženi oni mogu spriječiti adolescenta u praćenju nastave, dolazi do pada ocjena ili izoliranja iz društva.

6) Posttraumatski stresni poremećaj

„Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji može nastati nakon izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim iskustvima.“ (Kozarić-Kovačić, Kovačić, Rukavina, 2007, 102). Prema Kozarić-Kovačić, Kovačić i Rukavina (2007) postoje različite vrste stresora ili događaja koji mogu izazvati PTSP, neki od njih su: teške nesreće, prirodne katastrofe, ratne traume, nasilje nad civilima, psihičko i seksualno nasilje, fizičko zlostavljanje, zanemarivanje u djetinjstvu, traumatu vezanu za obavljanje posla ili svjedočenje traumatskom događaju. Hollander i Simeon (2006) navode kako su najčešći simptomi psihička umrtvljenost, nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija, disocijativna stanja, razdražljivost, srdžba, poteškoće u koncentriranju, nesanica, depresija, anksioznost, panični napadaji, sram i bijes.

7) Ispitna anksioznost

„Sarason govori o ispitnoj anksioznosti kao sklonosti da se u situacijama procjene reagira interferirajućim odgovorima poput osjećaja bespomoćnosti i neadekvatnosti, zabrinutosti zbog mogućeg neuspjeha uz tendenciju da se napusti ispitna situacija.“ (prema Arambašić, 1989, Cvitković, Wagner Jakab, 2014, 114). Prema Juretić (2008) ispitna anksioznost za neke učenike je toliko jaka da im je potrebna stručna pomoć. Cvitković i Wagner Jakab (2014) navode kako ispitna anksioznost smanjuje uspješnost izvedbe, utječe na školski uspjeh, uzrokuje emocionalnu patnju, povezana je s niskim samopoštovanjem, negativnim stavovima prema školi, ovisnosti, pasivnosti te s lošim odnosima s vršnjacima i nastavnicima.

8) Anksiozna osjetljivost

„Anksiozna osjetljivost se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice.“ (Vulić-Prtorić, 2006, 3). U takvim situacijama koje kod osobe izazivaju strah od anksioznih simptoma osoba će u još većoj razini doživjeti panični napad i anksioznost. "Osobe koje se plaše anksioznosti postepeno razvijaju strah od svake situacije u kojoj postoji bar mala vjerojatnost ili očekivanje da će se javiti anksioznost. Budući da je toliko mnogo takvih situacija, osobe koje su iznimno osjetljive

na anksioznost razvijaju strah od velikog broja situacija". (Reiss, 1991, prema Vulić-Prtorić, 2006, 4).

9) Separacijska anksioznost

Prema Zalar (2010) separacijska anksioznost odnosi se na odvajanje ljudi s kojima je osoba bila blisko povezana, na primjer gubitak očinske, majčinske figure ili gubitak vršnjaka. Simptomi su najčešće glavobolja, bolovi u trbuhu, povraćanje i mučnina, srčane tegobe. Ukoliko adolescent prolazi kroz separacijsku anksioznost pedagog ili nastavnici mogu mu pružiti pomoć tako što će razgovarati s njim, uputiti ga psihologu ili razgovarati s ostatkom vršnjaka kako bi mu svi zajedno pomogli u prevladavanju ovog problema.

10) Depresivnost i anksioznost

Vulić-Prtorić (2003) navodi kako stanje anksioznosti prethodi stanju depresivnosti ili depresivnost prethodi anksioznosti, iako u većini slučajeva anksioznost je prethodila depresiji. Prema Vulić-Prtorić (2003) osoba koja je nesigurna u vlastitu sposobnost da kontrolira ishode nekih događaja postaje anksiozna, ukoliko se taj nedostatak kontrole povećava raste i razina anksioznosti i osoba doživljava anksiozno-depresivno emocionalno stanje. Ako osoba dobije osjećaj da je potpuno izgubila kontrolu javlja se depresija. Prema Berk (2008) depresija je osjećaj tuge, frustriranosti i beznađa, praćeni gubitkom uživanja u većini aktivnosti, poremećajima u spavanju, gubitkom apetita i energije. Depresija uvelike utječe na razvoj i kvalitetu života adolescenta. „Depresija narušava razvoj identiteta adolescenata.“ (Berk, 2008, 400). Neki od simptoma koji se navode za miješani anksiozno-depresivni poremećaj su: teškoće pri koncentraciji, zabrinutost, očekivanje najgoreg, plačljivost, razdražljivost, nisko samopoštovanje i nedostatak energije. Kod adolescenta pojava anksioznosti i depresije izaziva poteškoće pri koncentraciji, može doći do pada ocjena zato što se adolescent ne može skoncentrirati na nastavne sadržaje. Adolescent se povlači i izolira od obitelji i od vršnjaka. Kada pedagozi i nastavnici primijete ovakav problem trebali bi pružiti pomoć adolescentu i njegovoj obitelji ili ga uputiti psihologu kako bi dobio adekvatnu pomoć.

2.2. RAZVOJNE ZNAČAJKE ADOLESCENCIJE

Graovac (2010) navodi kako adolescencija počinje u 9./10. godini i traje sve do 22./24. godine. Period adolescencije se proširio, a jedan od razloga je školovanje koje traje do 24. godine. Prema Berk (2008) mnogi teoretičari na početku 20. stoljeća su smatrali kako je adolescencija razdoblje bure i stresa. Kasnije se pojavljuju suvremeniji pogledi na adolescenciju. Berk (2008) ističe kako je adolescencija proizvod i bioloških i socijalnih čimbenika. „Adolescenciju većina teoretičara promatra kao intenzivno formativno razdoblje tijekom kojeg pojedinac prolazi kroz niz bio-psihosocijalnih promjena.“ (Livazović, 2012, 2). Adolescencija ima nekoliko faza, prema Graovac (2010) to su: faza predadolescencije, rane, srednje i kasne adolescencije, te postadolescencije ili mlade odrasle dobi. „Najznačajnije razvojne zadaće adolescencije su stvaranje seksualnog identiteta, separacija od roditelja, smanjenje ovisnosti o skupini vršnjaka i učvršćivanje strukture ličnosti identifikacijom i konsolidacijom selfa.“ (Graovac, 2010, 262).

Lebedina-Manzoni i Lotar (2011, prema Đuranović, 2012) opisuju adolescenciju kao “važno razdoblje u životu pojedinca, ispunjeno brzim razvojnim promjenama, povećanim zahtjevima okoline, očekivanjima koje sami sebi namećemo, potrebom za zauzimanjem osobnog stava, stila ponašanja, težnji ka prepoznatljivosti tj. identitetom”. Adolescenti kroz promjene koje doživljavaju i kroz nova iskustva polako formiraju svoj identitet. Razvoj identiteta podupiru roditelji i obitelj, vršnjaci, ali i škola i zajednica. Također, na razvoj identiteta utječu i povijesni te kulturalni kontekst. U tom razdoblju adolescenti mijenjaju svoje stavove i poglede na svoju okolinu i na same sebe. „Promjene u pojmu o sebi i samopoštovanju pripremaju teren za razvoj jedinstvenog osobnog terena.“ (Berk, 2008, 383). Prema Berk (2008) za većinu adolescenata nakon ulaska u adolescenciju samopoštovanje raste i dovodi do osjećaja ponosa i samopouzdanja.

2.3. ADOLESCENT U OBITELJI I VRŠNJAČKIM ODNOSIMA

U adolescenciji se adolescenti često udaljavaju od roditelja i obitelji i okreću se svojim vršnjacima, koji imaju iste stavove i mišljenja kao i oni sami. „Roditeljima se često čini da roditeljski dom adolescentima ništa ne znači, no stvarnost je sasvim drugačija.“ (Đuranović, 2012, 35). Berk (2015) navodi kako u razdoblju adolescencije i roditelji i djeca kažu da osjećaju smanjenje međusobne bliskosti. Prema Laursen (2004) do sukoba između roditelja i adolescenata češće dolazi kada su njihovi odnosi loši, kao i u disfunkcionalnim obiteljima. Također, navodi da su najčešće teme sukoba životne, svakodnevne teme, ali ti sukobi ne narušavaju stalne odnose s roditeljima. Berk (2008) ističe nekoliko najčešćih razloga sukoba kao što su svakodnevni događaji, sukobi zbog auta ili vršnjaka. Prema Montemayor (1985) najčešći sukobi nastaju zbog zajedničkog života i ekscentričnosti pojedinih članova obitelji, te oko postavljenih pravila. Berk (2008) navodi kako se ispod manjih svađa kriju ozbiljne brige roditelja zato što žele zaštititi djecu od zlouporabe droga ili alkohola, automobliskih nesreća ili preranog stupanja u spolne odnose.

Delač Hrupelj i sur. (2000, prema Đuranović, 2012) navode kako je dom sigurno mjesto gdje se adolescent osjeća sigurnim i zaštićenim. Prema Feinberg i sur. (2007, prema Đuranović, 2012) za pojavu depresije i rizičnih socijalnih ponašanja djece preduvjet su roditeljski sukobi. Roditelji kod djece trebaju poticati samopouzdanje, optimizam, pružiti im pomoć u odnosu s vršnjacima, pružiti pomoć u učenju i u školi. Prema Berk (2008) autoritativno roditeljstvo predviđa visoku razinu samopoštovanja kod adolescenata. Također, roditelji su tu da postave jasna pravila i granice adolescentima. „Granice trebaju biti “niti previše čvrste, a ipak jasne, niti previše meke, a ipak prepoznatljive”, a unutar njih nikada se ne smiju izgubiti konture pravih vrijednosti čovjeka.“ (Graovac, 2010, 264). Jacobson i Crockett (2000, prema Berk, 2008) navode kako roditeljska toplina i prihvaćanje te nadzor aktivnosti adolescenata utječu na visoko samopoštovanje, samopouzdanje, orijentaciju na rad te na akademski uspjeh adolescenata. Prema Steinberg i Silk (2002, prema Berk, 2008) najdosljedniji prediktor mentalnog zdravlja adolescenata je kvaliteta odnosa između roditelja i djeteta. U adolescenciji se također mijenjaju odnosi s braćom i sestrama. Berk (2008) navodi kako se adolescenti udaljavaju od svoje braće i sestara i sve više energije ulažu u druge odnose, kao što su oni s vršnjacima. Također navodi da usprkos manjem provođenju vremena s obitelji, za adolescenta osjećaj bliskosti i povezanosti i dalje ostaje snažan.

Vršnjački odnosi su iznimno važni za razvoj adolescenta. Adolescenti se obraćaju svojim vršnjacima zbog toga što se nalaze u istoj situaciji, imaju slične probleme i stavove, te tako jedni drugima mogu pomoći. Sve više vremena adolescenti provode sa vršnjacima, a manje s obitelji. Adolescent u vršnjačkoj grupi nastoji pronaći sebe. On na temelju vršnjačkih reakcija korigira svoj fizički izgled i ponašanje kako se ne bi bitno razlikovao od ostalih članova.“ (Đuranović, 2012, 39). Livazović (2012) navodi kako adolescenti u vršnjačkim odnosima ne traže kvantitetu već kvalitetu odnosa s užim krugom prijatelja, te odvajanjem od roditelja potvrdu i podršku traže u krugu svojih prijatelja. Vršnjaci i prijatelji su organizirani u različite grupe, klike i klape. Prema Berk (2008) klike su manje skupine u kojima su svi članovi dobri prijatelji, a klape su veće vršnjačke grupe koje adolescentu daju identitet unutar šire zajednice. Nadalje navodi da klike pomažu adolescentu u razvijanju socijalnih vještina i emocionalnom razvitku, a klape osiguravaju privremeni identitet adolescentu. Vršnjački utjecaji mogu biti pozitivni i negativni. Neki od pozitivnih utjecaja koje Đuranović (2012) navodi su da adolescenti u vršnjačkoj grupi zadovoljavaju potrebu za ljubavi, zabavom, pripadanjem, samoostvarenjem i razumijevanjem. Larson i Richards (1991, prema Berk, 2008) navode kako su adolescenti najbolje raspoloženi kada su u društvu s prijateljima. Prema Berk (2008) najvažnije karakteristike koje adolescenti traže u svojim vršnjacima su intimnost i lojalnost. Berk (2008) navodi kako bliska prijateljstva u adolescenciji pomažu lakšem i bržem formiranju vlastitog identiteta, pomažu adolescentima da se nose sa stresom te mogu poboljšati stavove prema školi i angažmanu u njoj. Neki od negativnih utjecaja konzumiranje alkohola, pušenje, upotreba različitih droga, svađe i fizički obračuni. Također, adolescenti se prema Berk (2008) najugodnije osjećaju s vršnjacima jednake biološke zrelosti, pa će se s njima i sprijateljiti ili ukoliko su rano sazreli svoje prijatelje će potražiti u starijim adolescentima. Druženje sa starijim adolescentima može dovesti do događaja na koje adolescent još uvijek nije emocionalno spreman kao što su spolni odnosi, konzumiranje alkohola i droga, kockanja, što može ostaviti negativne posljedice na njih. „Adolescenti najčešće na kockanje gledaju kao prihvatljiv oblik zabave od kojeg mogu profitirati i u kojem nema vidljivih štetnih posljedica.“ (Livazović i Bojčić, 2017, 140). Nadalje, adolescenti ne vide problem u konzumiranju alkohola ili droga ili i ako prepoznaju problem ne poduzimaju ništa zato što to rade i njihovi vršnjaci. Također, negativni utjecaj je i vršnjački konformizam, adolescenti su spremni napraviti bilo što, što čine njihovi vršnjaci kako bi se osjećali prihvaćenima u društvu. Pa tako upadaju u probleme s alkoholom, drogom i delinkvencijom.

2.4. ANKSIOZNI POREMEĆAJI KOD ADOLESCENATA

U adolescenciji adolescenti prolaze kroz brojne promjene i često ne znaju kako reagirati na njih. Zbog tih promjena i ne snalaženja u novonastalim situacijama kod adolescenata se mogu primijetiti brojne posljedice, kao što su anksiozni poremećaji. „Adolescencija predstavlja prelazno razdoblje u životu, praćeno burnim psihofizičkim promjenama.“ (Marić, 2010, 42). Marić (2010) navodi kako su u adolescenciji česta stanja anksioznost i disfornost. „Zbog intenzivnih promjena u tjelesnom, kognitivnom, emocionalnom i socijalnom aspektu funkcioniranja period adolescencije ističe se kao vrijeme posebnog rizika za pojavu poteškoća u psihosocijalnoj prilagodbi.“ (Macuka, 2016, 66). Mnogi autori navode poteškoće s kojima se adolescenti susreću a povezani su s njihovim psihološkim stanjem. Pa se tako ističu brojni simptomi koji su povezani upravo s anksioznošću. Marić (2010) te simptome dijeli na psihičke: strah, zabrinutost, strepnja, napetost, nervoza i razdražljivost, te na fizičke: psihomotorni nemir, ubrzano disanje i rad srca, kratkoća daha, bol u mišićima, želučane tegobe i znojenje. Prema Marić (2010) najveći broj anksioznih simptoma se javlja na prijelaznim razdobljima, kao što su odlazak u srednju školu, na fakultet i općenito u situacijama koje predstavljaju izazov u prilagođavanju. Kod anksioznih poremećaja postoje zaštitni i rizični faktori za njihov razvitak. Vulić-Prtorić (2002) navodi nekoliko zaštitnih faktora koji bi mogli pomoći adolescentu da ne razvije psihološke probleme, a to su: dobra obiteljska prilagodba, jasna komunikacija, zreli mehanizmi obrane, visoko samopoštovanje, razumijevanje djetetovih problema u obitelji, roditelji zadovoljni brakom, sigurna privrženost u obitelji i uključenost oba roditelja. Winkel (1994, prema Krstanović, 2016) ističe kako je nužno da djeca i adolescenti u školi dobivaju sustavne povratne informacije te da im se pruži osjećaj zaštićenosti i sigurnosti kako bi se bolje nosili s problemima. Što se tiče rizičnih faktora, Vulić-Prtorić (2002) navodi bolest roditelja, nisko samopoštovanje roditelja, nezrele mehanizmi obrane, nasilje i sukobe u obitelji, autoritativni odgoj, kažnjavajući odgoj, popustljivi odgoj, zanemarivanje, nezainteresiranost roditelja, zlostavljanje, alkoholizam i ovisnost u obitelji, gubici i tuga unutar obitelji. Rizični faktor je i konzumiranje alkohola, droga i kockanje. Prema Livazović i Bojčić (2017) posljedice kockanja su povećano stanje stresa, gubitak apetita, nesаница, depresivnost, pokušaj samoubojstva. Krstanović (2016) navodi kako veće šanse za razvitak anksioznosti imaju djeca čiji roditelji imaju anksiozni poremećaj, poremećaj ophođenja, alkoholizam i ADHD. Marić (2010) navodi kako su stidljivija djeca sklonija pojavi negativnih reakcija nakon nekog neželjenog događaja. Također navodi kako su negativni, rizični faktori: loši obiteljski odnosi,

nove situacije, loš socioekonomski status, uklapanje u vršnjačku grupu, socijalno prilagođavanje suprotnom spolu i neuspjeh u školi.

2.5.SUICIDALNOST I UTJECAJ MEDIJA

Center for Research Excellence (2009, prema Madan, Mrug i Wright, 2013) navode kako se izloženost medijima najviše povećava u adolescenciji. „Prikaz nasilja može povećati anksioznost tako što svijet čini neprijateljskim i podložnijim kriminalu.“ (Morgan and Shanahan, 2010; Nabi and Riddle, 2008, prema Madan i sur., 2013, 116). „Televizija i drugi mediji igraju važnu ulogu u socijalizaciji adolescenata i razvoju identiteta pružajući perspektivu, vrijednosti, ideologiju i modele ponašanja.“ (Arnett, 1995; Gerbner, 1998; Roberts et al., 2005, prema Madan i sur., 2013, 117). Huesmann i Taylor (2006, prema Madan i sur., 2013) ističu kako je zabrinjavajuće da veliki dio televizijskog programa i filmova sadrži nasilje i vizualnu prezentaciju fizičkog nasilja. Anderson i sur. (2003, prema Madan i sur., 2013) navode kako 61% televizijskih programa prikazuju nasilje, a prema Worth i sur. (2008, prema Madan, 2013) 91% filmova također sadrži nasilne scene. Harrison i Cantor (1999, prema Madan, 2013) navode kako su u jednom istraživanju studenti iskusili velike strahove i simptome anksioznosti nakon gledanja nasilnog filma kojeg su gledali u prošlosti. Također Baldaroi sur. (2004, prema Madan, 2013) ističu kako je kod muških adolescenata koji su igrali nasilne računalne igrice razina anksioznosti znatno veća nego kod od onih koji nisu igrali nasilne igrice. Madan (2013) navodi kako izloženost medijskom nasilju može povećavati anksioznost i kroz prijetnje, odnosno ako pojedinac gleda nasilni, realistični film može osjećati kao da je prijetnja stvarna.

Utjecaj medija na anksioznost pojedinca može se promatrati i kroz prikaz muškarca i žene u medijima. Prikaz muškaraca i žena u medijima može imati psihološke posljedice kod pojedinca, upravo zbog nerealnog prikaza pojedinca. Slike su često uređene, iskrivljene i ostavljaju dojam savršenstva do kojeg pojedinac mora doći. U medijima se žene često prikazuju kao objekti. Kawecki (2010) navodi kako takve poruke medija utječu na psihološko stanje žena. Također Kawecki (2010) ističe da mediji utječu na odraslu osobu i na njihovo psihološko stanje, a pogotovo utječu na adolescente koji tek pokušavaju pronaći svoj identitet i mjesto. Shaw i Stice (prema Kawecki, 2010) su 1994 proveli istraživanje na Sveučilištu u Texasu gdje su istraživali kako izloženost različitim prikazima modela utječe na psihološko stanje žena. Rezultati su pokazali da one žene koje su bile izložene jako mršavim modelima su doživjele osjećaje depresije, stresa, srama, krivnje i nesigurnosti.

Visoke razine anksioznosti mogu dovesti i do većih problema kao što su depresija, pogoršano zdravlje ili samoubojstvo. Matković (2014, prema Krstanović, 2016) navodi da je samoubojstvo u razvijenim zemljama treći uzrok smrti kod djece i adolescenata. Također spominje da su istraživanja pokazala da je suicidalnost visoko povezana s anksioznim poremećajima. „Hrvatska se nalazi na osmom mjestu europske liste po stopi samoubojstava kod mladih.“ (Folnegović Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac, 2001, prema Krstanović, 2016, 9). Neki od najčešćih znakova suicidalnih tendencija su povlačenje pojedinca u sebe, odvajanje i izoliranje iz okoline i društva, gubitak interesa za aktivnosti i hobije koje je pojedinac u prošlosti volio, umor, problemi u koncentraciji, bezvoljnost. Prema Berk (2008) u pozadini suicidalnih adolescenata su često emocionalni problemi roditelja i nesklad u obitelji, prekid odnosa s vršnjakom ili poniženje. Novak i Bašić (2008, prema Krstanović) ističu kako su visoko rizični čimbenici kod suicidalnosti školski problemi, stresni događaji, loša komunikacija u obitelji i suicidalnost u obitelji. Folnegović Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac (2001, prema Krstanović, 2016) navode kako bi promjene u ponašanju u školama prvenstveno trebali prepoznati učitelji i pedagozi, te ih treba tome poučiti. Berk (2008) ističe kako škole mogu pomoći pružajući suosjećajno savjetovanje, informacije o kriznim telefonskim linijama i formirajući vršnjačke grupe za podršku. Postoje brojni programi za prevenciju suicida. Ti programi se mogu provoditi unutar škole ili u zajednici. „Programe za prevenciju samoubojstava moguće je razvijati na globalnoj, nacionalnoj i lokalnoj razini.“ (Šakić, 2011, 78) Od programa na globalnoj razini Šakić (2011) ističe svjetski dan prevencije samoubojstava, te međunarodna udruženja za prevenciju samoubojstava. Prevenciju samoubojstava na nacionalnoj razini Hudolin (1984, prema Šakić, 2011) dijeli na tri etape, prva je smanjenje broja samoubojstava stvaranjem antisuicidalne klime u društvu, druga etapa je orijentirana na pomoć pojedincima sa samoubilačkim namjerama, a treća etapa je pružanje pomoći osobama koje su već pokušale počinuti samoubojstvo. Šakić (2011) navodi kako se na lokalnoj razini u prevenciju samoubojstava trebaju uključiti: javnost, psiholozi, psihijatri, humanitarne organizacije i volonteri. Jedan od preventivnih programa provedenih unutar škole je Kurikulum svjesnosti o samoubojstvu (Suicide Awareness Curriculum). Gould i sur. (2003) navode kako je svrha ovog programa poticanje svjesnosti o samoubojstvu kako bi adolescenti sami mogli prepoznati znakove mogućeg pokušaja samoubojstva i kako bi mogli pomoći vršnjacima. Mnogi stručnjaci smatraju kako je ovaj program zastario, te su se tako pojavili novi, bolji i efikasniji programi. Prema Gould i sur. (2003) jedan od tih programa je Skills Training u kojemu se adolescente uči vještinama rješavanja problema, načinima suočavanja s problemima, te bi ove nove vještine pomogle adolescentu i spriječile suicidalne misli i pokušaj samoubojstva. Istraživanje koje su proveli Zenere i Lazarus (1997, prema Gould i sur, 2003) pokazuje kako je

ovaj preventivni program utjecao na smanjenje broja samoubojstava i pokušaja samoubojstava. Gould i sur. (2003) ističu nekoliko preventivnih programa, jedan od njih je i Gatekeeper Training čiji glavni cilj je obrazovati djelatnike škole o samoubojstvu, kako bi znali prepoznati rizične adolescente i pomoći im. Gould i sur. (2003) navode kako su rezultati istraživanja ovog programa obećavajući. Diamond i sur. (2010) kao jedan od preventivnih programa koji se provode s obitelji navode Attachment-Based Family Therapy (ABFT) čiji cilj je suzbijanje depresije i pokušaja samoubojstva povećanjem kvalitete odnosa unutar obitelji. Prema Diamond i sur. (2010) rezultati istraživanja pokazuju da adolescenti liječeni ABFT-om pokazuju smanjenje samoubilačkih ideja i misli. Preventivni programi mogu se provoditi i unutar zajednice pojedinca. Kao jedan od preventivnih programa Gould i sur. (2003) navode krizne centre i telefonske linije koje pojedinac može nazvati u svako doba i njihov glavni cilj je pružiti pomoć u kriznim situacijama. Također, Gould i sur. (2003) ističu kako zabrana vatrenog oružja može smanjiti stopu samoubojstva zato što osobe često reagiraju impulzivno, a ukoliko nemaju pristup oružju razdoblje od rizika samoubojstva može proći. Nadalje, medijsko obrazovanje je izrazito važno u prevenciji samoubojstava. Prema Gould i sur. (2003) mediji trebaju obrazovati javnost o rizicima za samoubojstvo i oblikovati stavove o samoubojstvu.

2.6.REZULTATI EMPIRIJSKIH ISTRAŽIVANJA I TERAPIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

U istraživanju Osobine ličnosti, životni događaji i anksioznost adolescenata, koje je provela Mia Marić, nastojala se utvrditi povezanost osobina ličnosti i životnih događaja sa pojavom anksioznosti kod adolescenata. Istraživanje se provelo sa 300 učenika, iz 2. i 3. razreda srednje škole. Istraživanjem je utvrđeno da školski uspjeh utječe na anksioznost, što je bolji školski uspjeh to je manja mogućnost pojave anksioznosti. Odnosi s obitelji su također povezani s anksioznošću, što su odnosi lošiji veća je mogućnost pojave simptoma anksioznosti. Utvrđena je i povezanost stresa sa simptomima anksioznosti. Također utvrđeno je da što su ispitanici prošli kroz više negativnih životnih iskustava to je i veća mogućnost pojavljivanja anksioznosti. Od osobina ličnosti veća razina ugodnosti pridonosi pojavi simptoma anksioznosti. Neuroticizam se nije pokazao povezanim sa simptomima anksioznosti. Ovo istraživanje je pokazalo da životni događaji imaju puno veći utjecaj na pojavu simptoma anksioznosti nego osobine ličnosti.

Daniel S. Pine i sur. proveli su istraživanje na temu Rizik za anksiozni i depresivni poremećaj u ranoj odrasloj dobi kod adolescenata s anksioznim i depresivnim poremećajima, u kojem su nastojali utvrditi povezanosti između anksioznosti i depresivnosti u adolescenciji i odrasloj dobi. Istraživanje je provedeno na 776 ispitanika kroz nekoliko godina. Rezultati su pokazali da anksioznost i depresija u adolescenciji predstavljaju veći rizik za pojavu anksioznosti i depresije u odrasloj dobi. Također, utvrđeno je da prisutnost fobije ili socijalne fobije u adolescenciji znači da će se vrlo vjerojatno te fobije nastaviti i u odrasloj dobi.

U istraživanju Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata, autorice Vulić-Prtorić, nastojala se utvrditi povezanost između kvalitete obiteljskih interakcija i pojave agresivnosti, depresivnosti, anksioznosti i somatizacije u djece i adolescenata. Istraživanje je provedeno na 435 ispitanika od 5. do 8. razreda osnovne škole. Rezultati su pokazali da se djevojčice osjećaju prihvaćenije od strane majke ali su u isto vrijeme anksioznije i sklonije somatizaciji nego dječaci. Utvrđeno je da dječaci percipiraju veće odbacivanje od strane oca i majke i agresivniji su. Rezultati ovog istraživanja utvrdili su da su svi ovi problemi, agresivnost, depresivnost, anksioznost i somatizacija, značajno povezani s percepcijom odbacivanja od strane oca ili majke. Također za pojavu anksioznosti, depresivnosti, agresivnosti ili somatizacije kod djevojčica utvrđeno je da veliku ulogu igra zadovoljstvo vlastitom obitelji. Djevojčice su puno više zaokupljene općom atmosferom i odnosima u obitelji nego dječaci. Dječaci se puno više

usmjeravaju na odnose samo s majkom ili samo s ocem. Ovim istraživanjem utvrđeno je kako obitelj, odnosi unutar obitelji i sama atmosfera u obitelji igra veliku ulogu pri pojavi simptoma anksioznosti i depresije.

Normalnu razinu anksioznosti adolescenti mogu nadvladati odrastanjem i sazrijevanjem. Ali za svladavanje veće razine anksioznosti djeca i adolescenti trebaju terapiju i pomoć stručnih ljudi. Bibb, Castle i Newton (2015) navode kako glazbena terapija može pomoći pojedincima koji imaju anksiozni poremećaj, a borili su se anoreksijom. Glazba ih opušta, smanjuje im stres i omogućava da se odmaknu od svakodnevnih problema.,,Bihevioralna je terapija najuspješnija kada ju iskusni terapeut individualizira prema djetetovom razvoju.“ (Krstanović, 2016, 8).Neki od načina suočavanja sa strahovima prema Krstanović (2016) su: izlaganje objektu straha, nagrađivanje kada se pojedinac suoči sa svojim objektom straha, učenje više informacija o objektu straha. Što se tiče terapije socijalne povučivosti autorica navodi da je tu najbolje poticati pojedinca na uključivanje u aktivnosti s vršnjacima. Cvitković i Wagner Jakab (2006) navode nekoliko različitih programa za smanjenje anksioznosti među kojima su kognitivno-bihevioralni tretman i metode relaksacije, kao što su joga, duboka mišićna relaksacija i dr. Za tretman kod ispitne anksioznosti također se navode ti načini kao i trening učenja i vještine pisanja ispita, te vođena imaginacija.Kod opsesivno-kompulzivnih poremećaja kao jedan od korisnijih tretmana smatra se uključivanje u grupe podrške i samopomoći. Prema Jurić i Štrkalj Ivezić (2007) u tim grupama pojedinac može naučiti o opsesivno-kompulzivnim poremećajima, kako pomoći drugima, te kako pomoći sebi.

Škola igra veliku ulogu u prevenciji i pomoći pri liječenju anksioznih poremećaja. Ona može provoditi brojne preventivne programe. Maglica i Jerković (2014) navode kako su se od značajnijih preventivnih programa pokazali oni koji su usmjereni na rješavanje problema, kao što su Problem Solving For Life, Social Problem Solving, Rally ili FRIENDS. Prema Essau i sur. (2012) FRIENDS je program za pomoć pri prevladavanju anksioznosti u kojem su djeca ili adolescenti podijeljeni u male grupe u kojima uče o anksioznosti, simptomima, o suočavanju s problemima koji uzrokuju anksioznost i o načinu suočavanja sa simptomima anksioznosti. Također, u tom programu postoje i grupe za roditelje kako bi se znali nositi sa situacijom, te kako bi mogli pomoći djetetu.

III. RASPRAVA

Anksioznost je vrlo zastupljen problem u današnjem društvu. U razdoblju adolescencije, kada adolescenti prolaze kroz brojne promjene, sve češća je pojava simptoma anksioznih poremećaja. „Problemi i simptomi vezani uz anksioznost najčešći su oblici poteškoća o kojima izvještavaju i djeca i adolescenti.“ (Novak i Bašić, 2008, 483). Simptome anksioznosti ponekad je teško prepoznati. Najprepoznatljivija je socijalna fobija, ali ostali anksiozni poremećaji nisu toliko uočljivi i djeca i adolescenti ih često uspijevaju sakriti. Adolescenti često skrivaju simptome anksioznosti iz straha ili srama i nisu spremni potražiti potrebnu pomoć. Važno je za pedagošku praksu i školu da mogu prepoznati simptome anksioznih poremećaja, da znaju kako postupati dalje i kako pomoći učeniku. Pojava anksioznosti može se predvidjeti kroz neke od rizičnih faktora. Vulić-Prtorić (2002) kao neke od rizičnih faktora ističe bolest roditelja, nisko samopoštovanje roditelja, svađe u obitelji, nasilje, autoritativni odgoj, popustljiv odgoj, zanemarivanje, problemi emocionalne vezanosti i privrženosti, odvajanje djeteta, gubitke, tugu i socioekonomske probleme. Autori Novak i Bašić (2008) rizične faktore dijele u 4 skupine: karakteristike adolescenta – povučенost, negativna reakcija na nove podražaje, negativna samoevaluacija i nisko samopoštovanje, ponašanje roditelja – anksiozni i nesigurni roditelji, prezaštitni roditelji, zanemarivanje, nasilje i nejasni obrasci komunikacije, socijalne kompetencije adolescenta – poteškoće u odnosima, povlačenje, izbjegavanje socijalnih situacija i osamljivanje, i okolinski faktori – gubici, tugovanje, siromaštvo, stresne životne situacije i odbacivanje od strane vršnjaka. Kako ne bi došlo do pojave anksioznosti moguće je provoditi preventivne programe. Neki od tih preventivnih programa mogu biti predavanja u kojima se obrazuje djecu, roditelje, nastavnike, pedagoge ili odgajatelje o samoeфикаsnosti, socijalnim vještinama ili o odgovornosti. Također jedan od načina je i provođenje ovakvih programa u školi, nastavnik s učenicima treba proći kroz teme samokontrole, znakove rizika suicida, razumijevanja emocija, samopoštovanja, komunikacije i rješavanja konflikata. Ovim programima nastoje se osigurati i pozitivni odnosi adolescenta ili učenika s obitelji, vršnjacima i djelatnicima škole. Novak i Bašić (2008) ističu da ukoliko je već došlo do pojave simptoma anksioznosti mogu se provoditi programi u kojima će adolescent prolaziti kroz individualni rad, grupni rad s vršnjacima, roditeljima ili nastavnicima, kako bi se spriječilo stvaranje još većih problema. Također navode da ukoliko je razina anksioznosti veća tad rad s adolescentom treba biti češći i treba ga se postepeno izlagati podražajima koji mu stvaraju anksioznost. Nadalje navode i kako treba provoditi razgovore i s roditeljima kako bi se znali nositi s novonastalom situacijom. Novak i Bašić (2008) navode kako je većina ovih preventivnih programa provedena

u Sjedinjenim Američkim Državama i kako je sada na Hrvatskoj da odgovori na ove svjetske standarde.

IV. ZAKLJUČAK

Adolescenti se susreću sa brojnim preprekama i problemima u svom razvoju. Jedan od tih problema je i anksioznost. Potaknuta ovim sve češćim problemom u današnjem društvu odlučila sam ući dublje u ovaj problem. Adolescentu je ponekad preteško prolaziti kroz anksioznost sam, stoga mu je potrebna pomoć. Ta pomoć može doći od vršnjaka, roditelja, odgajatelja, pedagoga, nastavnika ili nekog člana njihove zajednice. Zbog toga što nisu upoznati s anksioznošću, često anksioznost prođe nezapaženo ukoliko adolescent ne potraži pomoć sam. Zbog toga je važno da što više pojedinaca bude upoznato s ovom temom i načinima kako mogu pomoći drugoj osobi. Neki od najčešćih simptoma anksioznostiprema Marić (2010) su strah, zabrinutost, strepnja, napetost, nervoza i razdražljivost, ubrzano disanje i rad srca, kratkoća daha, bol u mičićima, želučane tegobe i znojenje. Također česti simptomi su osamljivanje, povlačenje u sebe, odvajanje od obitelji ili vršnjaka, pad u školskom uspjehu i odustajanje od uobičajnih aktivnosti. Postoje rani programi prevencije koji mogu pomoći adolescentu da do anksioznosti ni ne dođe ili ukoliko adolescent ima simptome anksioznog poremećaja ovi programi mogu mu pomoći u prevladavanju anksioznosti. Također, postoje brojne terapije, kao što su metode relaksacije, razgovori sa stručnim osobama ili glazbene terapije , koje im mogu pomoću s anksioznošću. Nažalost, u Hrvatskoj nema toliko puno programa za prevenciju anksioznosti. Kao što su Novak i Bašić (2008) rekli sada je na Hrvatskoj da odgovori na postavljene svjetske standarde. Pitanje mentalnog zdravlja treba se shvaćati kao bitno pitanje u našem životu. Treba se proučavati, istraživati i ulagati u mentalno zdravlje, kako bi problemi povezani s mentalim zdravljem postali manje učestali. Ukoliko se bude radilo na širenju informacija i upoznavanju s načinima pomoći osobama koje su suočene sa simptomima anksioznih poremećaja može se smanjiti njihov broj.

V. LITERATURA

1. Cvitković, D., & Wagner Jakab, A. (2006). Ispitna anksioznost kod djece i mladih s teškoćama učenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42(2), 113-120.
2. Berk, L. E. (2008) Psihologija cjeloživotnog razvoja.
3. Berk, L. E. (2015). Dječja razvojna psihologija.
4. Bibb, J., Castle, D., & Newton, R. (2015). The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 3(1), 50.
5. Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. W. E. L. Y. N. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 2004.
6. Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.
7. Đuranović, M. (2013). Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata. *Napredak: časopis za pedagoški teoriju i praksu*, 154(1-2), 31-46.
8. Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior therapy*, 43(2), 450-464.
9. Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
10. Graovac, M. (2010). Adolescent u obitelji. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 46(3), 261-266.
11. Hollander, E., Simeon, D., & Arbanas, G. (2006). Anksiozni poremećaji. *Slap*.
12. Juretić, J. (2008). Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija samoeфикаsnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psihologijske teme*, 17(1), 15-36.
13. Jurić, I., & Štrkalj Ivezić, S. (2007). Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 94-97.
14. Kawecki, A. M. (2010). *Beauty is pain: The physical, psychological, and emotional impact of female images in the media*. Pacifica Graduate Institute.

15. Kozarić Kovačić, D., Kovačić, Z., & Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 102-106.
16. Krstanović, N. (2016). Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences.).
17. Laursen, B., & Collins, W. A. (2004). Parent-child communication during adolescence. *The Routledge handbook of family communication*, 2, 333-348.
18. Livazović, G. (2012). Povezanost medija i rizičnih ponašanja adolescenata. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 20(1), 1-22.
19. Livazović, G., & Bojčić, K. (2017). Povezanost sociodemografskih obilježja, rizičnih stilova ponašanja i sklonosti kockanju adolescenata. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 63(1), 139-148.
20. Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata-zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 23(1).
21. Madan, A., Mrug, S., & Wright, R. A. (2014). The effects of media violence on anxiety in late adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 43(1), 116-126.
22. Marić, M. (2010). Osobine ličnosti, životni događaji i anksioznost adolescenata. *Primenjena psihologija*, 3(1), 39-57.
23. Montemayor, R., & Hanson, E. (1985). A naturalistic view of conflict between adolescents and their parents and siblings. *The Journal of Early Adolescence*, 5(1), 23-30.
24. Novak, M., & Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
25. Peters, H. O. (2012). *Social Connections: Internet-based Prevention of Loneliness and Depression in First Year University Students* (Doctoral dissertation, Palo Alto University).
26. Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56-64.
27. Profaca, B., & Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
28. Šakić, M. (2011). Samoubojstvo kao društveni problem: Rasprava iz sociološke perspektive. *Amalgam*, (5.), 67-81.

29. Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., & Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58.
30. Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1), 31-51.
31. Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5(2), 271-293.
32. Vulić-Prtorić, A. (2003). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada Slap.
33. Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9(2), 171-194.
34. Zaić, A. (2005). Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi.
35. Zalar, B. (2010). Celostni vidik anksioznosti. *Farmaceutski vestnik*, 61, 63-65.