

Anksioznost kao simptom i anksioznost kao poremećaj u psihijatrijskoj sestrinskoj praksi

Milković, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:275146>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-20**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SESTRINSTVO

Josipa Milković

**Anksioznost kao simptom i anksioznost kao poremećaj u
psihijatrijskoj sestrinskoj praksi**

Završni rad

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Josipa Milković

**Anksioznost kao simptom i anksioznost kao poremećaj u
psihijatrijskoj sestrinskoj praksi**

**Anxiety as a symptom and anxiety as a disorder in psychiatric
nursing practice**

Završni rad/Bachelors Thesis

Izv. prof. dr. Slavica Kozina, prof. psi.

Split, 2021.

ZAHVALA

Veliku zahvalu dugujem mentorici izv. prof. dr. Slavici Kozini, prof. psi. na pomoći, vodstvu, suradnji, te korisnim savjetima tijekom izrade ovoga završnog rada.

Zahvaljujem članovima Povjerenstva Diani Aranzi, mag. med. techn. i Mariu Podrugu, mag. med. techn. koji su svojim uvidom i prijedlozima omogućili završetak ovoga rada.

Hvala mojim prijateljima koji su svojim prisustvom uljepšali moje studentske dane.

Posebna zahvala mojoj obitelji koja je vjerovala u moj uspjeh i koja mi je pružala bezuvjetnu podršku za vrijeme studija.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

SVEUČILIŠTE U SPLITU

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SESTRINSTVO

ZNANSTVENO PODRUČJE: Biomedicina i zdravstvo

ZNANSTVENO POLJE: Kliničke medicinske znanosti

MENTOR: Izv.prof.dr. Slavica Kozina, prof. psi.

ANKSIJOSNOST KAO SIMPTOM I ANKSIOZNOST KAO POREMEĆAJ U PSIHIJATRIJSKOJ SESTRINSKOJ PRAKSI

Josipa Milković , 41441

Sažetak: Anksioznost je osjećaj koji se javlja kada se suočite s prijetećim ili stresnim situacijama. To je normalan odgovor u kontaktu s opasnošću, ali, ako je snažan ili potraje, mogao bi prerasti u anksiozni poremećaj. Anksiozni poremećaj se razlikuje od razvojno-normativne ili prolazne anksioznosti izazvane stresom po tome što je tjeskoba izražena (tj. nerazmjerna stvarnoj prisutnoj prijetnji) i trajna te narušava svakodnevno funkcioniranje. Većina anksioznih poremećaja pogađa gotovo dvostruko više žena nego muškaraca. O uzrocima se govori u biološkim, psihodinamskim, bihevioralnim i kognitivnim teorijama nastanka. Psihološki tretmani, osobito kognitivna bihevioralna terapija i uporaba lijekova iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, smatraju se najučinkovitijom metodom liječenja. Anksiozni poremećaji (anksiozni poremećaj razdvajanja, specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija i generalizirani anksiozni poremećaj) uglavnom počinju u djetinjstvu, adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Emocionalna veza s skrbnikom od najranijeg djetinjstva ostavlja posljedice za kasniji mogući razvitak anksioznih poremećaja. Na razvoj anksioznosti utječe i anksiozna crta ličnosti. Uloga medicinske sestre kao člana tima je prevencija i zaštita mentalnog zdravlja, te edukacija svih dobnih skupina. Na odjelu psihijatrije se susreće s vrlo osjetljivom skupinom bolesnika, stoga je komunikacija između pacijenta i medicinske sestre/tehničara jedan od najvažnijih čimbenika u provođenju procesa zdravstvene njege.

Ključne riječi: anksioznost, anksiozni poremećaj, komunikacijske vještine medicinske sestre

Rad sadrži: 33 stranica, 24 literaturne reference

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTARY CARD

BACHELOR THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

Nursing

Scientific area: Biomedicine and health

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Izv.prof.dr. Slavica Kozina, prof. psi.

Anxiety as a symptom and anxiety as a disorder in psychiatric nursing practice

Josipa Milković, 41441

Summery: Anxiety is a feeling of fear that occurs when you come in contact with threatening or stressful situations. This is a normal response when you are in danger, but if it is severe or lasts, it could be considered an anxiety disorder. It differs from developmental-normative or transient anxiety caused by stress in that anxiety is pronounced (disproportionate to the actual threat) and permanent, and impairs daily functioning. Most anxiety disorders occur almost twice as often in women as in men. Causes are discussed in biological, psychodynamic, behavioral, and cognitive theories of origin. Psychological treatments, especially cognitive behavioral therapy and the use of drugs from the group of selective serotonin reuptake inhibitors, are considered the most effective method of treatment. Anxiety disorders (separation anxiety disorder, specific phobias, social anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder) mostly begin in childhood, adolescence, and early adulthood. The emotional connection with the parent from the earliest childhood leaves consequences for the later possible development of anxiety disorders. Also, an anxious personality trait affects the development of anxiety.

The role of the nurse as a member of the team is the prevention and protection of mental health, and the education of all age groups. In the psychiatry department, they meet a very sensitive group of patients, so communication between patients and the nurse / technician is one of the most important factors in health care process.

Keywords: anxiety, anxiety disorder, nurse communication skills

Thesis contains: 33 pages, 24 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

Sažetak:	I
Summary	II
SADRŽAJ	I
1. UVOD	1
1.1. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	2
1.1.1. Poremećaji prilagodbe	2
1.1.2. Disocijativni (konverzivni) poremećaj	3
1.1.3. Somatoformni poremećaji	3
1.1.4. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)	4
1.1.5. Panični poremećaj s ili bez agorafobije	4
1.1.6. Specifična fobija	5
1.1.7. Socijalna fobija	6
1.1.8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)	6
1.1.9. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i akutna reakcija na stres	7
1.2. POVIJEST	8
1.3. EPIDEMIOLOGIJA	9
1.3.1. Zastupljenost anksioznih poremećaja	9
1.3.2. Zastupljenost anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata	9
1.4. ETIOLOGIJA	10
1.4.1. Psihodinamske teorije	10
1.4.2. Bihevioralne teorije	10
1.4.3. Kognitivne teorije	11
1.4.4. Biološka podloga anksioznosti	11
1.5. KLINIČKA SLIKA	12
1.6. LIJEČENJE	14
1.6.1. Farmakoterapija	14
1.6.2. Psihoterapijski pristup	15
2. CILJ RADA	16
3. RASPRAVA	17
3.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI U RAZVOJNIM RAZDOBLJIMA	17
3.1.1. Dojenačka dob i rano djetinjstvo	17

3.1.2 Predškolska dob.....	19
3.1.3. Školska dob	20
3.1.4. Adolescencija	22
3.1.5. Odrasla dob	23
3.1.6. Starija dob	24
3.2. ULOGA MEDICINSKE SESTRE.....	25
4. ZAKLJUČAK.....	28
5. LITERATURA.....	30
6. ŽIVOTOPIS.....	33

1. UVOD

„Anksioznost se definira kao osjećaj nelagode, opće napetosti, zabrinutosti, velikog stresa, panike, straha te iracionalnog lošeg predosjećaja.“ Dolazi od latinske riječi *angere* što znači gušiti se, boriti se. Svi su ljudi manje ili više u svakodnevnim životnim situacijama osjećali određenu razinu tjeskobe (anksioznosti). Anksioznost nije isto što i strah, stoga ih treba razlikovati. Strah predstavlja psihičko stanje koje se javlja zbog realne prosudbe osobe da postoji opasnost u okolini (npr. napad životinje), dok se u podlozi anksioznosti nalazi zamišljanje prijetećih situacija ili preuveličavajne već postojećih. Oba osjećaja predstavljaju normalne ljudske emocije. One su korisne u stresnim situacijama sve dok ne prijeđu granice intenziteta koji postaje onesposobljavajući. Svakodnevna anksioznost, koja ne narušava funkcioniranje pojedinca prati različite životne situacije (javni nastupi, ispiti) normalna je reakcija organizma. Ona u tom slučaju ima ulogu da pomogne pojedincu da se prilagodi novonastaloj situaciji. Ne može se potpuno izbjeći, ali se zato može naučiti kontrolirati. Svaki doživljaj tjeskobe osim psihičkih, popraćen je i tjelesnim simptomima, ali neusporedivo manjim intenzitetom negoli je to slučaj s patološkom anksioznošću (1).

Kada se govori o anksioznosti treba razlikovati anksioznost kao stanje i kao crtu ličnosti. „Anksioznost kao stanje je individualni doživljaj u specifičnoj situaciji u specifično vrijeme.“ Primjer anksioznog stanja može biti ispitna anksioznost. Ona se definira kao „stanje uzbuđenosti, napetosti, osjećaja neugode i zabrinutosti koja se javlja u ispitnim situacijama, nakon njih i pri njihovom zamišljanju.“ Učestalost pojavljivanja anksioznosti ovisi o situaciji, osobi i vrsti anksioznog odgovora (2).

„Anksioznost kao crta (ili osobina) ličnosti je relativno trajna osobina ličnosti, tj. dispozicija da se bude anksiozan u mnogim različitim situacijama.“ Razvitku anksioznosti kao crte mogu doprinijeti odnosi privrženosti koji imaju veliki značaj u emotivnom ljudskom životu. Za mentalno zdravlje djeteta je ključno da već od najranijih dana svog života dobije i osjeti bliskost, te ostvari toplu vezu s majkom kako bi oboje pronašli zadovoljstvo. Naprotiv, koncepti ponašanja koji će pripomoći razvijanju anksioznosti i depresije su obrasci prijetećeg ponašanja kao što su neprijateljstvo i odbacivanje. Karakteristični odnosi koje su u djetinjstvu doživjele

upravo anksiozne osobe su obrasci prijetećeg ponašanja tj. sva ona ponašanja koja mogu ukazivati na roditeljsku emocionalnu i fizičku nedostupnost (2).

Kada anksioznost postane prolongirano stanje nesigurnosti i straha i počne ozbiljno ometati svakodnevno funkcioniranje naziva se anksioznim poremećajem (1). Konstantna zabrinutost mozgu signalizira potencijalnu opasnost, te on počinje reagirati kao da se osoba nalazi u stvarnoj opasnosti. Kada se ta briga akumulira duži vremenski period, tijelo je neprestano u stanju pripravnosti što postaje iznimno iscrpljujuće i rezultira razvojem poremećaja i bolesti (3).

1.1. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Anksiozni poremećaji često se isprepliću međusobno, ali i s drugim psihijatrijskim poremećajima posebice depresivnim. Mogu se podijeliti na:

- poremećaji prilagodbe (reakcija na stres)
- disocijativni (konverzivni) poremećaji (odvajanje anksioznosti od svoje svijesti)
- somatoformni poremećaji (anksioznost prelazi na tjelesnu razinu)
- anksiozni poremećaji (anksioznost se manifestira kao vodeći simptom) i tu pripadaju: generalizirani anksiozni poremećaj , panični poremećaj s ili bez agorafobije , agorafobija bez paničnog napadaja , specifična fobija, socijalna fobija , opsesivno-kompulzivni poremećaj , akutna reakcija na stres i posttraumatski stresni poremećaj (4).

1.1.1. Poremećaji prilagodbe

Poremećaji prilagođavanja odnose se na skupinu stanja koja će se pojaviti kada se osoba teško suočava sa stresnim događajem u životu. Takvi događaji mogu uključivati smrt bliske osobe, probleme na poslu ili u ljubavnom životu. Kod djece poremećaj se obično javlja zbog problema kod kuće ili u školi, te tjeskobe zbog seksualnosti. Nemogućnost prilagođavanja stresu može biti uzrok jednog ili čak i više težih psihičkih

i fizičkih simptoma. Obe skupine simptoma vezane uz poremećaje prilagođavanja javljaju se prilikom ili nedugo nakon proživljavanja stresnog događaja. S obzirom da poremećaj ne traje duže od šest mjeseci, simptomi mogu biti i dalje prisutni ukoliko stresor nije uklonjen (5).

1.1.2. Disocijativni (konverzivni) poremećaj

Konverzivni poremećaj karakteriziran je pojavom fizičkih simptoma sličnih neurološkima, a uzroci ovog poremećaja su nesumnjivo psihološke prirode. Pojavljuje se češće u razdoblju sazrijevanja i ranijoj odrasloj dobi, te više zahvaća ženski spol. Simptomi koji se pojavljuju upućuju isključivo na poremećaje živčanog sustava, a to su gubitak osjeta za određeni dio tijela, paraliza udova, gubitak osjetila (vid, sluh). Početak pojavljivanja simptoma povezan je s neugodnim stresnim događajem koji kod osobe može izazvati pojedinu ili pak povremene kratke epizode. Dijagnozu je teško postaviti s obzirom da osoba vjeruje da simptomi proizlaze iz fizičkog problema (4).

1.1.3. Somatoformni poremećaji

Somatorformni poremećaji dolaze od grčke riječi „soma“ što znači tijelo. Čine skupinu poremećaja s dominantno izraženim tjelesnim simptomima koji nemaju organsku osnovu, već su povezani s psihološkim čimbenicima. Jedan od takvih poremećaja je i somatizacijski. Obilježen je raznim tjelesnim simptomima koji nisu oštro ograničeni na samo jedan organski sustav, te se nemogu dokazati nalazima detaljno učinjenih pretraga. Najčešće su povezani s gastrointestinalnim, spolnim (seksualne i menstrualne smetnje) sustavom, promjenama na koži (svrbež, crvene mrlje) i slično. Specifičnost ovog poremećaja je što pacijent inzistira na ponovnoj medicinskoj obradi, bez obzira što rezultati uvijek ostaju negativni. Pacijent uporno odbija mogućnost pronalaska uzroka u njegovoj psihi (4).

1.1.4. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Pripada skupini anksioznih poremećaja čiji glavni simptomi su jako izražena fluktuirajuća, kronična i iracionalna zabrinutost, te strepnja vezana uz uobičajene dnevne aktivnosti. Oboljele osobe uvijek iščekuju najgori mogući scenarij bilo koje životne situacija, prekomjerno su zabrinuti za posao, zdravlje, obitelj. Prilikom opisivanja tegoba koje imaju, većinom govore da im se tjeskoba uvukla u svaki segment njihova života. Većim dijelom dana misli su im preokupirane idejama „što ako se dogodi..?“ Dodatan osjećaj tjeskobe pogoršavaju misli o tome da se strah o neizvjesnosti situacije ne može kontrolirati. Prema kriterijima DSM-V za postavljanje dijagnoze nužno je da pretjerana briga i anksioznost traju duže od šest mjeseci i budu popraćeni s tri od šest kriterija: brzo umaranje, osjećaja da su „na rubu“, razdražljivost, problemi s koncentracijom i spavanjem, te napetost ili tvrdi mišići (4).

1.1.5. Panični poremećaj s ili bez agorafobije

Kada osoba doživi iznenadnu epizodu jako intenzivnog straha i tjeskobe za koju se čini kao da se pojavila bez očitog uzroka kaže se da je doživjela napadaj panike. Javljuju se osjećaj gušenja, trnci, zujanje u ušima, naleti vrućine ili hladnoće, znojenje. Takav napadaj obično traje nekoliko minuta do pola sata i treba ga razlikovati od paničnog poremećaja. Panični poremećaj je razvila osoba koja ima ponavljajuće i iznenadne napadaje panike. Osim toga, javlja se zabrinutost o tome što ti napadaji predstavljaju, te posljedično dolazi do promjena u ponašanju zbog učestalih napadaja. Doživljavanje različitih perceptivnih iskrivljenja kao što su derealizacija i depersonalizacija glavne su značajke poremećaja. Derealizacija ostavlja dojam „nestvarne situacije“ ili situacije kao u snu, dok depersonalizacija pruža osjećaj da smo „mi nestvarni“. Osim perceptivnih iskrivljenja, pojavljuju se i misli da će doći do opasnih situacija nad kojima osoba gubi kontrolu kao što su sramoćenje, gušenje, srčani ili moždani udar, opasnost od smrti i slično. Naravno, sve ove zamisli nisu realne i točne, već su popratna pojava visokih razina straha.

Tako, ljudi koji boluju od paničnog poremećaja mogu razviti i agorafobiju. To znači da osoba koja doživljava napadaje panike može osjećati izrazitu nelagodu na mjestima na kojima misli da će joj se napadaji ponoviti, stoga ih počne izbjegavati. Takva mjesta uključuju trgovačke centre, kina, putovanja bilo kojim prijevoznim sredstvom, mostove, tunele, liftove itd. U najgorim slučajevima, neki potpuno odbijaju izaći sami iz kuće. Osim što misli da bi tamo ponovo mogla doživjeti napadaj, osoba se brine i da zbog određenih značajki toga mjesta neće uspjeti pobjeći ili da joj drugi ljudi neće moći pomoći.

Prvi napadaj panike obično nastupi u određenom stresnom razdoblju života. „Idealno“ vrijeme za početak napadaja mogu biti dvadesete godine, kada je mlada osoba suočena s razdobljem prelaska u odraslu dob i preuzimanjem novih uloga: završetak školovanja, pronalazak posla i životnog partnera, odvajanje od roditelja itd. Svi ti događaji čine izvor stresa, a pod stresom se pojačavaju tjelesne senzacije. Takve senzacije mogu biti krivo intepretirane. Primjerice, pojačano lupanje srca može kod osobe pobuditi sumnju na znakove srčanog udara. Posljedično tome razvija se „pretjerana budnost“ na sve tjelesne senzacije koje se normalno nalaze u svakom organizmu. Krive interpretacije nazivamo „lažnim alarmom“ jer najavljuju opasnost koja u realnosti ne postoji, te postaju podloga za razvijanje paničnog napada. Ukoliko izbjegavanje postane osnovni mehanizam suočavanja s tjeskobom javlja se agorafobija (4).

1.1.6. Specifična fobija

Kroničan, iracionalan strah od određenog predmeta ili situacije naziva se specifičnom fobijom. Predmet ili situacija se tada počinju izbjegavati, a ukoliko dođe do kontakta raste anksioznost koja se može razviti i do napadaja panike. Najčešći izvori straha su životinje (zoofobija), visina (akrofobija), zatvoreni prostori (klaustrofobija) itd. Strah od krvi, igli ili ozljeda može prouzročiti nesvjesticu zbog djelovanja vazovagalnog podražaja koji dovodi do bradikardije i ortostatske hipotenzije. Iako većina ljudi ima ovakve strahove, da bi se nazvali fobijom moraju izazivati jaku

anksioznost i ometati funkcioniranje. Primjerice, netko tko se boji dizala svaki dan će na posao ići stubama bez obzira što bi mogao zakasniti ili možda zbog toga dobiti otkaz. Većina osoba s specifičnim fobijama razumije kako je njihov strah iracionalan, ali si ne mogu pomoći. Mogu biti uznemirani već i pri razmišljanju o uzroku fobije, a to se onda naziva anticipatorna anksioznost (4).

1.1.7. Socijalna fobija

Socijalna fobija je vrsta anksioznog poremećaja kod koje dolazi do straha prilikom izlaganja društvenim situacijama kao što su javni nastupi, poslovni sastanci, upoznavanje novih ljudi, razgovor s autoritetima itd. U podlozi straha se nalazi predosjećaj da bi mogli biti ismijani ili procijenjivani od strane drugih. Socijalna anksioznost može biti toliko jaka da pojedincu spriječava izlazak iz kuće, ne dozvoljava druženje i slično. Izbjegavajući društvene situacije u kojima su podvrgnuti izrazitoj neugodi, socijalno tjeskobne osobe si snižavaju kvalitetu života i onemogućuju postizanje ciljeva. Zbog iskrivljenih vjerovanja boje se da će se u takvim situacijama ponašati „krivo“, primjerice da će nešto glupo reći ili napraviti zbog čega bi ih njihova okolina mogla osuditi. Misle da svi gledaju u njih i kritički ih procjenjuju. Dok razmišljaju da će svi drugi imati loše mišljenje o njima jer smatraju da nemaju ništa zanimljivo reći, istovremeno misle da drugi ljudi očekuju od njih da moraju biti savršeni jer će ih jedino tako uspjeti impresionirati. U pozadini ovog poremećaja najčešće se kriju sjećanja na prethodna velika javna sramoćenja, pa se pojavljuje strah od ponavljanja. Uzrok u djetinjstvu mogu biti i previše kritični roditelji, stoga dijete kroz život gradi negativne misli o sebi (4).

1.1.8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)

Opsesije su neugodne, nametajuće misli, osjećaji i ideje koje izazivaju tjeskobu, dok se kompulzije odnose na nekontrolirane, ponavljajuće radnje s ciljem smanjenja

anksioznosti. Naprimjer, osoba koja se boji zaraznih bolesti, kompulzivnom radnjom pranja ruku će nastojati smanjiti anksioznost pri pomisli da bi se mogla zaraziti. Naime, to je samo pokušaj smanjenja napetosti jer krajnji cilj bude potpuno suprotan pa dolazi do stvaranja začaranog kruga. Najučestalije opsesije povezane s ovim poremećajem su strah od zaraze, patološka sumnja (brige o nezaključanim vratima, neugašenom glačalu) i sklonost simetriji (slaganje stvari na određen način) (4).

1.1.9. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i akutna reakcija na stres

Posttraumatski stresni poremećaj se javlja kao reakcija svjedočenju ili proživljavanju zastrašujućeg, traumatskog događaja. Traumatičan događaj podrazumijeva izloženost smrću, teškom ozljeđivanju, silovanju ili zlostavljanju, prirodnim katastrofama itd. Kada se govori o PTSP-u većinom se na misli na vojnike i ratne veterane, ali oboljeti može svatko bez obzira je li doživio opasan događaj. Neki obole nakon saznanja da su se nesretni događaji dogodili njihovim prijateljima ili članovima obitelji. Iznenadna smrt bliske osobe također može uzrokovati PTSP. Simptomi PTSP-a mogu se podijeliti u tri skupine: ponovnog proživljavanja, izbjegavanja i pretjerane pobuđenosti. Simptomi ponovnog proživljavanja uključuju prisjećanje slika iz prošlosti tzv. *flashbacks*, noćne more te zastrašujuće misli. Pokretači simptoma ponovnog proživljavanja uglavnom su predmeti ili situacije koje oboljelog podsjećaju na traumatičan događaj. Sve što osobu podsjeća na ovaj događaj pokrene simptome izbjegavanja, osjećaje krivnje, emocionalne otupjelosti, te gubljenje interesa za aktivnosti koje je prije radio. U simptome pretjerane pobuđenosti ubrajaju se stalni osjećaj napetosti (osjećaj da je „na rubu“), ispadi bijesa, problemi s spavanjem.

Ponekad, jako ozbiljni i nametljivi simptomi PTSP-a mogu potrajati kratko razdoblje nakon doživljene traume i nazivaju se akutni stresni poremećaj. Traju najmanje dva dana, ali ne duže od četiri tjedna za razliku od PTSP-a koji traje više tjedana i postaje trajni problem. Većina ljudi prestane pokazivati simptome kada se udalji od traumatizirajuće situacije, te kada im se pruži mogućnost opisivanja onoga što se dogodilo i na koji način su reagirali (4).

1.2. POVIJEST

Psihijatrija kao područje medicine koje se bavi dijagnostikom i liječenjem psihičkih bolesti i poremećaja započinje svoj predznanstveni period od početka razvoja civilizacije do polovice 19.stoljeća. To razdoblje obilježeno je nadnaravnim i vjerskim shvaćanjima nastanka psihičkih bolesti. Stari Asirci, Babilonci, Egipćani i Feničani uspoređivali su pojavnost psihičkih bolesti s demonima i bogovima, pa su se prilikom liječenja tih bolesti koristili vraćanjem, egzorcizmom i slično. No, Grci i Rimljani su počeli mijenjati svoj odnos prema takvim bolesnicima postupajući humanije. Liječenjem se i dalje nisu bavili liječnici već filozofi i svećenici, ali je bilo usmjereno na metode psihoterapijskog pristupa kao što su čitanje i bavljenje gimnastikom. Hipokrat je bio prvi koji je psihičke probleme počeo povezivati s bolestima mozga. Arapska kultura je s svojim poznatim liječnikom Avicenom uzroke tumačila u tjelesnim poremećajima odnosno da previše crne žući uzrokuje melankoliju. Kršćani su pak ponovno dali objašnjenje da mentalne bolesnike opsjedaju zli duhovi, a terapijski postupak temeljio se na molitvi, polaganju ruku i religioznim obredima. Liječnici su bili osuđivani na smrt ili bačeni u tamnice. Ovo je razdoblje trajalo gotovo tisuću godina. Protiv nehumanog i nemedicinskog ponašanja prema duševnim bolesnicima prvi se pobunio Paracelsus. Velika prekretnica se dogodila kada se francuski liječnik Pinel izborio da se psihičkim bolesnicima u pariškoj bolnici Bicêtre 1793. skinu lanci. Tim događajem je pokrenuto novo razdoblje u psihijatriji. Osnovana je i prva europska psihijatrijska klinika u Firenci, u kojoj su se uvele humanije metode postupanja prema duševnim bolesnicima. Odbacujući prisilne postupke prema pacijentima engleski liječnik John Conolly uveo je u psihijatriju tzv. *non-restraint sustav*. Kasnije su se počeli primjenjivati psihofarmaci. Uporaba lijekova kod psihičkih je bolesnika uspješno omogućila provođenje psiho i socioterapije, te rehabilitacijskih postupaka (8).

1.3. EPIDEMIOLOGIJA

Mentalno zdravlje pojedinca jasno je povezano sa tjelesnim i socijalnim funkcioniranjem. Izrazito je bitno za stanje cjelokupnog zdravlja. Psihički poremećaji danas su visoko zastupljeni i započinju u relativno ranijoj životnoj dobi. S obzirom da mogu biti kroničnog tijeka znatno narušavaju kvalitetu života. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2016. godinu mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zauzimaju četvrto mjesto vodećih skupina bolesti iza kardiovaskularnih, malignih bolesti i ozljeda. Najčešći psihički poremećaji koji se javljaju su anksiozni(panika) i afektivni(depresija, manija). Prvo mjesto po zastupljenosti zauzimaju depresivni poremećaji s 25,9%, zatim poremećaji uzrokovani alkoholom 17,1%, te anksiozni poremećaji 14,6%. Prema broju hospitalizacija osobe s psihičkim poremećajima zauzimaju 6% ukupnog bolničkog pobola u Republici Hrvatskoj. Najveći broj ljudi je hospitaliziran u dobi od 20-59 godine života što ovu skupinu svrstava na vodeće mjesto uzroka bolničkog pobola radno aktivnog stanovništva (6).

1.3.1. Zastupljenost anksioznih poremećaja

Učestalost anksioznih poremećaja veća je kod žena negoli kod muškaraca (3:2), osim opsesivno-kompulzivnog poremećaja koji se pojavljuje jednako u oba spola. Prevalencija varira ovisno o sredinama. Životna prevalencija za agorafobiju kreće se oko 1-2% i dva puta je češća u žena, za specifične fobije iznosi oko 10%, te socijalne fobije 13%. Prevalencija GAP-a iznosi oko 5% , čak 55-60% u žena. Za panični poremećaj navodi se životna prevalencija oko 3.5%, OKP-a 2.5% i PTSP-a 1-14% (7).

1.3.2. Zastupljenost anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata

Anksiozni poremećaji većinom počinju u djetinjstvu, adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Njihova je prevalencija veća od svih ostalih oblika psihičkih poremećaja u toj dobi

i iznosi 10-20%. U istraživanju koje se provodilo nad oba spola, pokazalo se da su djevojčice nakon šeste godine života bile podložnije nastanku anksioznih poremećaja u odnosu 1:2.

U djece se anksioznost najčešće javlja u obliku separacijske anksioznosti kada odbijaju odlazak u školu. Kod djevojčica se više pojavljuju panični poremećaj, PTSP i fobije, a OKP kod dječaka. 3-12% djece pokazuje simptome GAP-a, 1% socijalne fobije i 3,3% specifične fobije. Panični poremećaj ima najrjeđu pojavnost kod djece svega 0,7%, dok se puno češće pojavljuje u adolescenciji zajedno s socijalnom fobijom (9).

1.4. ETIOLOGIJA

Postoji mnogo različitih teorija nastanka anksioznosti, a najznačajnije su psihološke, biološke i utjecaj gena. Od psiholoških teorija treba istaknuti psihodinamske, bihevioralne i kognitivne teorije (9).

1.4.1. Psihodinamske teorije

Psihodinamske teorije temelje se na učenju Sigmunda Freuda koji je pokušavao objasniti uzroke jednog od najčešćih i najdominantnijih psihičkih simptoma-anksioznosti. Razvoj anksioznosti opisao je u svom nagono/strukturalnom modelu u kojem govori o dva nagona: libidu i agresiji. On smatra da se ne zadovoljeni libido i agresivni nagon pretvaraju izravno u anksioznost. Kasnije u svojim radovima spominje da je anksioznost prouzrokovana reagiranjem ega na nesvjesne odgovore iz ida (10).

1.4.2. Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije temelje se na teorijama učenja. Tu pripadaju klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje i učenje modeliranjem. Klasično ili Pavlovljevo uvjetovanje temelji se na prirodnom izazivanju reakcije (bezuovjetne reakcije) zbog

nekog podražaja (bezuvjetni podražaj) koji se onda počne prezentirati zajednom s podražajem koji takvu reakciju prirodno nebi izazvao (uvjetni podražaj). Primjerice, lučenje sline kod psa prirodna je reakcija na davanje hrane. Međutim, ako se prije davanja hrane zazvoni nekoliko puta, pas će lučiti slinu već na zvuk. Operantno uvjetovanje sastoji se od nagađivanja poželjnog, odnosno kažnjavanja nepoželjnog ponašanja. Veliki broj reakcija, pogotovo kod djece naučen je klasičnim i operantnim uvjetovanjem. Koriste ih i psiholozi za liječenje nekih psihičkih poremećaja, osobito fobija. Učenje modeliranjem zasniva se na imitaciji ponašanja koje izvršava model, tj netko drugi (9).

1.4.3. Kognitivne teorije

Kognitivne teorije opisuju uzročnu povezanost anksioznosti i negativnih misli ili pacijentovih uvjerenja o sebi ili okolini. Osoba na specifičan način doživljava svijet oko sebe, a njezin način shvaćanja stvarnosti zove se kognitivna shema. Takvi kognitivni procesi koji sadrže automatske negativne misli stvaraju potpuno pogrešnu prosudbu događaja i pogoduju nastanku poremećaja. Tijekom procesuiranja informacija doći će do promjena na perceptivnoj, interpretativnoj i na razini pamćenja. Na perceptivnoj razini dolazi do odabira samo onih podržaja koji predstavljaju prijatniju. Anksiozna osoba nejasne podražaje interpretira kao opasne, dok se na razini pamćenja lakše prisjećaju anksioznih situacija (9).

1.4.4. Biološka podloga anksioznosti

Biološki aspekti anksioznosti mogu se objasniti preko neurokemijskog, anatomskog i endokrinog sustava. Neurokemijsku osnovu čini veliki broj neurotransmitera, no tri su najvažnija. To su GABA (gama-amino-maslačna kiselina), noradrenalin i serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT). Benzodiazepini su lijekovi koji se koriste u liječenju akutnih anksioznih poremećaja i djeluju preko GABA receptora.

Serotonin je važan neurotransmitter jer sudjeluje u kontroli emocija povezanih s strahom i anksioznošću. Utvrđeno je da ljudi s kraćim serotoninskim transporterom brže pokazuju reakciju straha od onih sa dužim. Najbolji pokazatelj uloge serotoninskog sustava kod straha i tjeskobe je farmakoterapija odnosno inhibitori ponovne pohrane serotonina. Noradrenalin također igra veliku ulogu u kontroli anksioznosti. Njegovi neuroni izlaze iz locus coeruleusa (LC)- glavno mjesto na ponsu za sintezu noradrenalina. Povećana aktivnost noraadrenergičkih neurona povećava razinu anksioznosti.

Središnju ulogu za razumijevanje emocija ima limbički sustav mozga. Njegova struktura amigdala nalazi se u medijalnom dijelu temporalnog režnja i obično se povezuje s emocijom straha. U trenutcima kada se osoba osjeća ugroženo, amigdala se aktivira povećavajući strah. Nakon toga hipotalamus djeluje na hipofizu, te se na kraju potiče djelovanje nadbubrežne žlijezde da luči kortizol, hormon stresa. Kortizol potiče lučenje adrenalina i noradrenalina koji aktiviraju djelovaje simpatikusa i niz psiholoških reakcija. Pretragom MRI otkriveno je da određeni ljudi imaju veće amigdale od prosjeka. Mnogi od njih su bolovali od anksioznih poremećaja ili doživjeli stresno djetinjstvo zbog fizičkog ili emocionalnog zanemarivanja (9).

1.5. KLINIČKA SLIKA

Bez obzira o kojem je anksioznom poremećaju riječ, simptomi se uvijek dijele na četiri osnovna tipa: tjelesni, emocionalni, kognitivni i bihevioralni (1).

Tjelesni simptomi:

- respiratorni: tahipneja, osjećaj gušenja i nedostatka zraka
- kardiovaskularni: tahikardija, hipertenzija, osjećaj lupanja u prsnom košu
- gastrointestinalni: proljev, povraćanje, bol u trbuhu
- promjene na koži

- mišićni tremor, grčevi, drhtanje

Oni se pojavljuju prilikom pretjerane aktivnosti autonomnog živčanog sustava i signaliziraju prelazak granice zdrave zabrinutosti. Mozak u tom trenutku prepoznaje moguću opasnost. Ponekad tjelesni simptomi mogu biti popraćeni anksioznom osjetljivošću. Ona se definira 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(9).“

Emocionalni simptomi:

- nemir
- neizvjesnost
- strah
- depersonalizacija
- razdražljivost

Kognitivni simptomi:

- zabrinutost
- poteškoće u koncentraciji i pamćenju
- negativna očekivanja i razmišljanja o sebi i događajima
- kognitivne konfuzije
- problemi sa prisjećanjem

Bihevioralni simptomi:

- izbjegavanje
- sramežljivost
- povučенost
- nesigurnost
- slaba koordinacija
- stereotipije

Bihevioralni simptomi se većinom odnose na izbjegavanje situacija i osoba koje predstavljaju izvor anksioznosti, te povučenost, pasivnost i nesigurnost prilikom socijalnih kontakata, a stereotipije se uočavaju kod OKP-a (1).

Glavobolja, nesanica, nesvjestica, učestalo mokrenje također mogu biti prvi znakovi. S obzirom da su mnogi od navedenih simptoma pokazatelji anksioznosti, oni ujedno mogu biti i znakovi različitih somatskih bolesti. Stoga, kada se isključi mogućnost postojanja tjelesnih bolesti može se reći da se radi o psihičkom odnosno anksioznom poremećaju. Učestalost, intenzitet i trajanje simptoma nisu kod svakoga jednaki, variraju od izrazito blagih do onih jako snažnih (1).

1.6. LIJEČENJE

Kombinacija farmakološkog (primjena lijekova) i psihoterapijskog pristupa pokazala se kao najučinkovitija metoda liječenja anksioznih poremećaja(9). Iako su mogućnosti liječenja velike, naglasak treba biti na individualnosti pristupa kako bi pacijent mogao imati što kvalitetniji i funkcionalniji život.

1.6.1. Farmakoterapija

Medikamentozno liječenje se sastoji u primjeni lijekova anksiolitika u koje pripadaju benzodiazepini. U benzodiazepine se ubrajaju diazepam, oksazepam, bromazepam, alprazolam, lorazepam itd. Osim anksiolitičkog djelovanja, imaju sedativno i hipnotičko djelovanje pri višim dozama, te antikonvulzivno i miorelaksirajuće. Imaju brzi početak djelovanja što se vidi odmah nakon prve doze uzimanja lijeka. Ova skupina lijekova dovodi do razvoja tolerancije. To znači da je tijekom upotrebe potrebno postupno povećati dozu da bi se održao isti učinak. Ako se koriste duže od četiri do šest tjedana, gotovo 40% bolesnika će razviti ovisnost, zato liječenje treba trajati što kraće i u što manjoj dozi. Druga skupina lijekova koja se koristi su antidepresivi. Dijele se na nekoliko vrsta. Među njima su i selektivni inhibitori

ponovne pohrane serotonina (SSRI) koji predstavljaju terapiju prvog izbora za dugotrajnije liječenje anksioznih poremećaja. Toj skupini pripadaju fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertalin, citalopram i escitalopram. Prednosti ovih lijekova su što ne izazivaju ovisnost, učinkoviti su i sigurni, te nemaju veće djelovanje na druge organske sustave. Od ostalih antidepresiva koriste se venlafaksin i mirtazapin. Triciklički antidepresivi se danas manje koriste. Za smanjenje kardiovaskularnih simptoma anksioznosti daju se i beta-blokatori posebno propranolol. Kod težih slučajeva anksioznosti ili udruženosti s ostalim psihičkim poremećajima učinkovitost su pokazali antipsihotici (9).

1.6.2. Psihoterapijski pristup

Psihoterapijski tretman uključuje korištenje psiholoških sredstava za olakšavanje boli i patnje. To su najčešće riječi i različite tehnike. Kognitivno- bihevioralna terapija ima za cilj pacijenta naučiti prepoznavati, razlikovati i prihvaćati emocije kako bi lakše mogao prepoznati uznemirujuće misli o bolesti i počeo mijenjati ponašanja. Nužno je razviti sposobnosti nošenja sa stresnim situacijama uz pomoć tehnika suočavanja sa stresom. Primjenjuju se tehnike relaksacije, disanja, pozitivnog mišljenja, preplavljujuće tehnike, sistematska desenzitizacija itd. Koristi se i individualna psihoterapija. Njezin cilj je postići promjenu ponašanja i osloboditi se strahova. Stalnim pokazivanjem interesa i brige, psihoterapeut pokušava pacijentu pružiti emocionalnu podršku što pospješuje rezultate procesa socijalizacije. Suportivna terapija koristi se kod blažih oblika poremećaja i emocionalnih kriza, ali i kod kronificiranih stanja kada se drugim vrstama liječenja nisu postigli zadovoljavajući rezultati. Grupna psihoterapija je jako korisna u postupku liječenja, te je namijenjena osobama niskog samopoštovanja, s poteškoćama u komunikaciji i socijalnim odnosima, kontroli emocija i slično. Može se provoditi i autogeni trening. On predstavlja izvođenje različitih vježbi čiji cilj je postići tjelesnu i psihičku relaksaciju. Tjelesnim vježbama smiruje se autonomni živčani sustav koji je pretjerano aktivan kod anksioznosti, dok se tehnikama vizualizacije ugodnih situacija postiže psihička relaksacija (9).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati osnovne značajke anksioznosti i anksioznih poremećaja, opisati njihovu kliničku sliku, zastupljenost i uzroke nastanka. Poznavanje načina sučeljavanja s anksioznosti, specifične osobnosti i dobi osobe, neophodno je u radu medicinske sestre kako bi mogla preventivno djelovati edukacijom i preventivnim programima.

3. RASPRAVA

3.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI U RAZVOJNIM RAZDOBLJIMA

Anksioznost je najstarija ljudska emocija s kojom se čovjek susreće još od rođenja. Može se opisati i kao “trema pred životom”. S obzirom na podjelu razvojne dobi, u drugom dijelu rada bit će prikazane vrste anksioznih poremećaja karakteristične za određeno razdoblje. Stručnjacima je ta podjela iznimno važna kako bi mogli predvidjeti i razumijeti ponašanja, te primijeniti odgovarajući način liječenja.

Razvojna razdoblja dijele se na (11):

1. dojenačku dob- od rođenja do kraja prve godine života
2. rano djetinjstvo- od 1. do 3. godine
3. predškolska dob- od 3. do 6. godine
4. školska dob- od 7. do 12.,13. godine
5. pubertet i adolescencija- od 13. do 18. / 20. godine
6. rana odrasla dob- od 20. do 40. godine
7. srednja (zrela) odrasla dob- od 40. do 65. godine
8. starost- iznad 65. do kraja života

3.1.1 Dojenačka dob i rano djetinjstvo

Neka se djeca jako teško odvajaju od svojih roditelja posebice majke, te iskazuju strah prilikom napuštanja. To je razdoblje separacijske anksioznosti i najizraženije je od 6. do 15. mjeseca života, a postupno se smanjuje do kraja treće godine. Prema DSM-5 separacijski anksiozni poremećaj (SAP) je “razvojno neprimjerena i pretjerana anksioznost vezana uz odvajanje od kuće ili osoba za koje je dijete vezano (9). Do ovog straha dolazi zbog razvoja privrženosti odnosno jake emocionalne veze između majke i

djeteta. Privrženost proizlazi iz djetetove fiziološki utemeljene potrebe za tjelesnim dodirima odrasle osobe, a povezana je sa razvijanjem živčanih struktura u mozgu. Stoga je djetetu potrebno pružiti dodire, grljenje, glaćenje i sisanje u tolikoj mjeri da bi zadovoljili njegove potrebe jer će tako doći do pravilnog razvoja moždanih struktura, posebno centra za emocije. Osnovni znakovi uspostavljenosti privrženosti su: smanjena učestalost "socijalnog smješka, ograničavanje smješka na skrbnika, te iskazivanje straha od odvajanja i nepoznatih ljudi. Premda, dijete ne može razumijeti da razdvajanje od skrbnika nije konačno. U faze razvoja privrženosti pripadaju (12):

- Faza preprivrženosti (0 do 6. tjedna) – u ovoj fazi dijete raspoznaje glas i miris majke, ali jednako reagira i na sve ostale ljude u okolini. Umiruje se kada ga majka uzme u naručje, ali se ponaša jednako kada ga bilo koja druga osoba drži.
- Faza nastajanja privrženosti (od 6. tjedna do 6/8 mjeseca) – sada dijete pokazuje drugačije reakcije prema majci nego prema ostalima. Njoj se više smješka i guguće, te se puno brže umiruje. Ne pokazuje strah od odvajanja.
- Faza jasno izražene privrženosti (od 6/8 mjeseci do 18. ili 24. mjeseca) – jasno se vidi nezadovoljstvo kod odvajanja i strah od nepoznatih ljudi. Roditelj tj. majka može najbrže smiriti dijete.
- Faza recipročnog odnosa (od 18 mjeseci do 2, 3 godine) – u ovoj fazi započinje razumijevanje privremenog odvajanja ukoliko mu skrbnik jasno objasni razlog razdvajanja, te koliko dugo i s kim će provoditi vrijeme dok se roditelj ne vrati.

Prilikom rastajanja većina roditelja izbjegava pozdrav s djetetom kako mu nebi priuštiti dodatan stres i doveli do neželjenih reakcija. S obzirom da je to dob u kojoj djeca još ne znaju pričati, kada primjete da je majka otišla počinju pokazivati emocije na različite načine. Mogu uslijediti ljutnja, plač, povlačenje u sebe. Ipak, omogućavanje pozdrava je dugoročno bolje za dijete. Ispočetka će se činiti težim zbog izrazito jakog plača ili bacanja, ali to predstavlja zdravu privrženost, odnosno emocionalnu povezanost

s majkom. Poslije izbacivanja osjećaja tuge i straha, dijete će se smiriti i posvetiti igri. Nakon određenog vremena, upravo zbog te povezanosti djetetu će biti jasno da je razdvajanje normalan redosljed događaja. Ukoliko ne dođe do pozdrava, dijete u određenom trenutku primjećuje da je skrbnik otišao i sve negativne emocije može držati još dugo u sebi. Kasnije se te emocije mogu manifestirati neželjenim ponašanjem (12).

3.1.2 Predškolska dob

U predškolskoj dobi dijete se uči stjecanju samokontrole, samopouzdanja, te dolazi u kontakt s vršnjacima gdje uči osnovne socijalnog ponašanja. Kod ranog uzrasta nije jednostavno razlikovati nepoželjna ponašanja koja su znak poremećaja ili samo značajka teže prolazne faze, ali dobno prikladna. S obzirom da mala djeca nemaju dovoljno razvijenu svijest o svojim osjećajima i ponašanjima, u procjenu se uključuju roditelji i odgajatelji. Za procjenu dječjeg ponašanja najviše se koristi skala Child Behavior Checklist. U istraživanju koje se provodilo na uzorku od 232 djece predškolske dobi koja idu u dječji vrtić dobiveni su podatci o problemima u ponašanju uz pomoć Achenbachove skale za procjenu ponašanja(13). Prikazuje se zastupljenost određenih vrsta ponašanja kao što su agresivnost, problemi pažnje, povučенost, anksiozni simptomi i slično. Rezultati pokazuju veću pojavnost eksternaliziranih problema kod dječaka. Eksternalizirani simptomi uključuju neposlušnost, agresivne reakcije, slabu kontrolu impulsa i visoku razinu aktivacije, te uzrokuju poteškoće ostalima u djetetovoj okolini. Internalizirani su usmjereni na poteškoće prema samom sebi(13). Najčešći anksiozni poremećaji u ovoj dobi su SAP (separacijski anksiozni poremećaj), poremećaj s pretjeranom anksioznošću, socijalna anksioznost i panični napadaj. Kod SAPA-a se javljaju ponavljajući tjelesni simptomi (glavobolja, povraćanje, bolovi u trbuhu) pri samoj pomisli na odvajanje od kuće ili osobe za koju je dijete vezano. Mogu se pojaviti noćne more ili odbijanje da spava sam, neprihvatanje odlaska u vrtić i slično. Takva djeca su stalno u strahu što onda dovodi i do niskog samopouzdanja. Prema DSM-5 klasifikaciji ovi simptomi bi trebali trajati minimalno četiri tjedna i onemogućavati funkcioniranje u socijalnom i obiteljskom životu. Uz SAP u male djece istovremeno se pojavljuje i poremećaj s pretjeranom anksioznošću. Brige

se vežu uz nepoznate situacije i ljude, te vlastite mogućnosti. Djeca su izrazito samokritična, napeta i ostavljaju osjećaj da ih bilo koja situacija može dovesti do anksioznosti. Za dijagnozu je potrebno postojanje barem jednog fizičkog simptoma. Socijalna anksioznost jako se često viđa kod djece kao strah od procjene drugih i u socijalnim interakcijama. Jedan od dijagnostičkih kriterija dječje socijalne fobije je doživljavanje anksioznosti u odnosu s svojim vršnjacima, a ne isključivo s odraslima. Dolazi do straha od iskazivanja svog mišljenja ispred većeg broja ljudi, pokazivanja znanja i vještina, pričanja s autoritetima, druženja i igre s ostalom djecom. Kada se nađe u jednoj od ovih situacija, dijete doživljava simptome anksioznosti kao što su crvenilo u licu, drhtanje i isprekidani govor. Tada uslijedi plakanje, bijes ili povlačenje iz njemu zastrašujuće situacije. Situacija može dosegnuti i razinu simptoma paničnog napadaja. Kod paničnog poremećaja s agorafobijom djeca lakše podnose izbjegavajuća mjesta uz prisutnost roditelja. Često zahtijevaju i prisutnost roditelja u vrtiću. Stoga, ovakva ponašanja treba razlikovati od SAP-a. Razlika je što je strah kod paničnog poremećaja usmjeren na tjelesne simptome napada, a ne odvajanjem od roditelja (9).

3.1.3. Školska dob

Jedan od najzastupljenijih anksioznih poremećaja u ovoj dobi je školska fobija. To je iracionalni strah povezan s odlaskom u školu i boravkom u školi na nastavi. Dijete na sve načine pokušava izbjeći odlazak u školu, ne želi krenuti, a kada krene ubrzo se vrati jer ne može izdržati kraj nastave. Uznemiruje se i na pomisao odlaska. Izostanke iz škole zbog emocionalnih razloga prvi put je objasnio Broadwin. Strah od škole prouzrokovan je anksioznošću zbog odvojenosti od majke ili je povezan s socijalnim situacijama. Da bi mogli razlikovati školsku fobiju i povremenu želju djeteta za ostankom kod kuće, treba obratiti pozornost na trajanje izostanaka iz škole. Ukoliko izostajanje uzrokovano emocionalnim razlozima potraje duže od dva tjedna, može se reći da je riječ o školskoj fobiji. Postoje četiri modela nastanka školske fobije. Psihoanalitički model govori o odnosu majke i djeteta. Kada je majka anksiozna, ona svojim ponašanjem stvara djetetovu ovisnost o sebi, prilikom čega se pojavljuje separacijski strah kod djeteta. Bihevioralni model opisuje naučenu povezanost škole i

negativnih iskustava. Povezivanje opasne situacije (odbacivanje od strane vršnjaka) s neutralnim objektom (škola), dovodi do izbjegavanja škole koja prije nije izazivala strah, ali sada ga počinje izazivati. Na taj način dolazi do negativnog pokrepljenja prilikom čega se smanjuje anksioznost, a raste strah. Prema kognitivnom modelu do razvoja školske fobije dolazi zbog iskrivljenih uvjerenja povezanih s školom. Takva uvjerenja mogu proizići iz raznih situacija. Primjerice, kada dijete doživi neuspjeh (loša ocjena iz testa) ono o sebi nastavlja misliti na iskrivljen način: „nikad ovo neću naučiti...glup sam.“ Ako pak roditelji imaju visoka očekivanja, a oni ih nisu uspjeli opravdati javljaju se misli: „roditelji će se ljutiti na mene ako ne dobijem pet... mislit će da sam lijen, a ja im neću moći objasniti... neće me voljeti kao prije.“ Neurobiološki model se odnosi na genetski utjecaj razvoja anksioznih poremećaja i poremećaj u regulaciji neurotransmiterskih sustava. Obiteljska i školska okolina također mogu biti izvor stresa za dijete. Zbog straha od neuspjeha i mogućeg ne zadovoljenja vlastitog ili tuđeg očekivanja , dijete će početi odbijati odlazak u školu. U situacijama kao što su ispiti, javni nastupi, zlostavljanje od strane vršnjaka dolazi do visokih razina anksioznosti. Simptomi se očituju bolovima u trbuhu, mučninom, vrtoglavicom. Obično se pojavljuju ponedjeljkom prije polaska. Ako dijete ostane kod kuće, simptomi nestanu. Zbog tjelesnih simptoma, roditelji dopuštaju djeci ostanak kod kuće. Ukoliko roditelj posvećuje djetetu dodatnu pažnju, oslobađa ga izvršavanja školskih obaveza kod kuće ili mu ugađa posebnom prehranom i igrom, neodlasci u školu se pozitivno pokrepljuju što samo doprinosi održavanju poremećaja. Neredoviti odlasci u školu rezultirati će slabijim školskim uspjehom, problemima u obitelji i u odnosu s vršnjacima. Što dijete duže izostaje, povratak će biti sve teži. Liječenje treba započeti što ranije zbog mogućih dugoročnih posljedica kao što su napuštanje školovanja, nezaposlenost, problemi u socijalnom funkcioniranju, te razvoj psihijatrijskih poremećaja u odrasloj dobi. Osnovni cilj je smanjenje anksioznosti pri pomisli na odlazak u školu i boravak u istoj. Kognitivno bihevioralna terapija se pokazala izrazito učinkovitom u liječenju školske fobije. Liječenje traje nekoliko tjedana ili mjeseci. Istraživanja pokazuju da 70% djece ponovo krene u školu nakon tretmana od jedne godine. Jedno istraživanje pratilo je 35- ero djece u periodu od 15 do 20 godina, koja su u dobi od 7 do 12 godina bila u tretmanu školske fobije. Potvrđeno je da su oni u

odrasloj dobi dvostruko češće zahtijevali psihijatrijsku skrb s obzirom na skupinu mentalno zdravih ispitanika (14).

3.1.4. Adolescencija

Čak 20% djece i mladih ima jedan ili više dijagnosticiranih mentalnih poremećaja, od čega ih najviše u dobi od 13-18 godina ima anksiozne i depresivne smetnje(6). Mnogi se zasigurno pitaju što to može mučiti mlade u periodu koje je smatrano kao najljepše razdoblje života. Adolescencija za mlade predstavlja buran period sazrijevanja i prilagodbe na promjene koje će se dogoditi na fizičkoj, seksualnoj i emocionalnoj razini. Promjene stoga mogu uzrokovati različite negativne osjećaje i nailazak na roditeljsko nerazumijevanje. Stoga, da bi što bezbolnije prošli kroz ovaj period djetetova života bitno je naučiti i znati razvojne specifičnosti adolescencije kako bi mu mogli pomoći na vrijeme. Uzroci nastanka anksioznih poremećaja mogu biti različiti, od naslijeđa do psihogenih i čimbenika okoline. Okolina igra veliku ulogu u formiranju mlade osobe koja ionako nije dovoljno zrela da se odupre zahtjevima vršnjaka i sredine u kojoj se nalazi. Kod adolescenata se uglavnom pojavljuje anticipacijska anksioznost jer su svjesni svog straha i popratnih tjelesnih simptoma, pa ulaze u začarani krug izbjegavajućeg ponašanja što nepovoljno utječe na kvalitetu života. Socijalna fobija i panični poremećaj pripadaju među najučestalije poremećaje ove dobi. Kod starijih adolescenata socijalna fobija doprinosi razvoju poteškoća na poslu i u ostvarivanju emocionalnih veza. Proveden je sustavni pregled i meta-analiza prospektivnih studija kako bi se ispitaio dvosmjerni odnos između funkcioniranja vršnjaka i socijalne anksioznosti u adolescenciji (15). Važno je razumijeti taj međuodnos jer su mladi koji razvijaju ekstremni strah od društvenih situacija izloženiji većem riziku od kasnijeg razvoja depresije, drugih vrsta anksioznih poremećaja i konzumacije alkohola. Važni aspekti funkcioniranja vršnjaka uključuju: kvalitetu prijateljstva, prihvaćanje vršnjaka, odbacivanje vršnjaka i vršnjačku viktimizaciju. Uključene su studije mladih u dobi od 10-19 godina jer ovaj dobni raspon obuhvaća ranu adolescenciju i kasnu adolescenciju (15-19 godina) kako je definirala WHO. Meta-analize 23 studije pokazale su da su

kvaliteta prijateljstva, odbacivanje vršnjaka i viktimizacija vršnjaka povezani sa socijalnom anksioznošću, dok prihvaćanje od strane vršnjaka nije bilo povezano s kasnijom društvenom anksioznošću. Čini se da pozitivni odnosi s vršnjacima sprječavaju razvoj socijalne anksioznosti. Brojna istraživanja također sugeriraju da patološka anksioznost razdvajanja koja se razvija u djetinjstvu predstavlja faktor rizika za razvoj paničnog poremećaja i/ili agorafobije tijekom adolescencije ili odraslog života (16).

3.1.5. Odrasla dob

Nakon faza kognitivnog razvoja tijekom djetinjstva i adolescencije koje su više usmjerene na učenje informacija, u mlađoj odrasloj dobi naučene kognitivne sposobnosti služe za posmatranje vlastitog ponašanja. Stoga, primjena stečenih kognitivnih vještina dovodi do uspjeha na studiju ili poslu, štiteći mlade osobe od osjećaja manje vrijednosti i pojave anksioznosti ili drugih psihosomatskih oboljenja. Prelazak u odraslu dob obilježavaju mnogi događaji kao što su završetak školovanja i ulazak u radni odnos. S početkom rada započinje i financijska odgovornost. Neki u ranoj odrasloj dobi odlaze od primarne obitelji ili stupaju u brak, te postaju roditelji. U ovom razdoblju se premošćuju svi dječji i mladenački oblici ponašanja i preuzima potpuna odgovornost (18). Slijed ovih događaja u životu je pomalo i društveno očekivan, pa nije čudno da dolazi do pojave anksioznih poremećaja kao što su panični poremećaj ili GAP. Problemi mentalnog zdravlja u ranoj odrasloj dobi mogu poremetiti stvaranje i kvalitetu partnerskih odnosa. Jedna prospektivna studija istraživala je učinke anksioznosti u ranoj odrasloj dobi (20 do 24 godine) na kvalitetu budućih partnerskih odnosa. Analiza je bila ograničena na one koji nikada nisu stupili u brak ili izvanbračnu zajednicu bez djece. Ispitivane su povezanosti između početne razine anksioznosti (pomoću Goldbergove ljestvice depresije i anksioznosti) i budućeg statusa veze, kvalitete braka ili izvanbračne veze (partner ljestvice socijalne podrške i sukoba). Za one koji su stupili u vezu anksioznost je bila značajno povezana s naknadno nižom podrškom u odnosima i većim sukobom. Anksioznost u ranoj odrasloj dobi povezana je s lošijom kvalitetom partnerskih odnosa u budućnosti (17). Nakon rane, nastupa zrela

odrasla dob. Taj period života relativno je stabilan, pa ne bi trebalo doći do većih promjena u funkcioniranju i sposobnostima. Ključnu sastavnicu psihološkog blagostanja u odrasloj dobi predstavlja balansiranje poslovnog i privatog života. Anksioznost i stres su češće zastupljeni kod osoba koje rade u teškim i nesigurnim radnim uvjetima ili prekovremeno, te kod ljudi koji se brinu o drugima. Briga za drugog člana obitelji ili dijete s kroničnim fizičkim ili psihičkim oboljenjem, može znatno utjecati na razvoj psiholoških teškoća kod skrbnika. Provedeno je istraživanje o skrbnicima osoba s Alzheimerom. Utvrđeno je da su to većinom žene, 70% kćeri osoba s demencijom od kojih je 80% pružalo potpunu njegu u kući. Oko 53% ispitanika izjavilo je da nemaju vremena za sebe, 55% ih tvrdi da im je narušeno zdravlje, 56% osjeća kronični umor, dok 51% ispitanika izvještava o kroničnoj neispavanosti. 1/3 ispitanih govori da se ne mogu nositi s situacijom, iako bi to htjeli. Radno sposobne odrasle osobe koje žele raditi, ali ne mogu naći posao zbog loših socioekonomskih uvjeta isto su pod rizikom. Idući bitan rizični faktor psihološkog blagostanja je i samohrano roditeljstvo. Prevalencija anksioznosti dva puta je veća kod samohranih majki, a četiri puta kod samohranih očeva, nego je to slučaj s onima koji imaju partnera. Istraživanja govore da razvod braka ili prekid veze povećava rizik od nastanka socijalne fobije, ali samo kod onih slučajeva koji su smatrali da je njihov odnos prije rastave bio visokokvalitetan. Oni koji su smatrali da je im je bračna zajednica bila ne funkcionalna, nisu imali negativne posljedice (19).

3.1.6. Starija dob

Jedan od najčešćih simptoma koji se može primjetiti među gerijatrijskom populacijom je anksioznost. Kod starijih osoba zabrinutost je posljedica smanjenih tjelesnih i kognitivnih sposobnosti, te je ne treba uvijek dijagnosticirati kao poremećaj. S obzirom da se radi o osjetljivoj populaciji zbog svojih oslabljenih sposobnosti, osobe mogu razvijati anksioznost i u vezi izlaska iz kuće zbog mogućeg pada. Treba ispitati detaljnu povijest bolesti da bi se moglo utvrditi koliko ta anksioznost utječe na smanjenje funkcionalnosti. Kod uzimanja anamneze treba obratiti pozornost na važne životne i medicinske podatke kao što su: bračno stanje, prihodi, socijalna podrška,

kronične bolesti, različita oštećenja, te samostalnost pri samozbrinjavanju. Zatim, uzimanje određenih lijekova može potaknuti anksioznost: levodopa, amantadin, bromokriptin, hormoni štitnjače i slično. Potrebno je uzeti u obzir rizične i psihološke čimbenike. U rizične čimbenike koji pogoduju nastanku anksioznosti u starijih ubrajaju se ženski spol, slabije obrazovanje, siromaštvo, rastava ili smrt supružnika i traumatska iskustva u djetinjstvu. Psihološki čimbenici su neuroticizam, slabe socijalne vještine ili prisutnost drugih psihičkih bolesti. Anksiozni poremećaji u ovoj dobi imaju posebna obilježja, koja se razlikuju od onih u odrasloj populaciji. Poremećaji koji se najčešće pojavljuju u kliničkoj praksi su GAP, fobije i OKP. GAP uobičajeno ima rani početak. Viđa se u starosti kao strah od bolesti. Specifične fobije javljaju se kao strah od padova. OKP je u starosti dio psihičkih poremećaja vezanih uz demenciju. Za dijagnostiku se koristi Gerijatrijska ljestvica ili upitnik za anksioznost (20). U smislu izražavanja anksioznih poremećaja, čini se da je sadržaj zabrinutosti razmjernan s razvojnim fazama života. Odnosno, uobičajene brige za starije odrasle osobe uključuju zdravstvene probleme, dok se mlađa populacija više brine o poslu, obitelji i financijama. U većini slučajeva čini se da su simptomi kod starijih i mlađih odraslih osoba slični, uz neke iznimke za OKP (21).

3.2. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra uz ostatak tima stručnjaka kao što su psiholozi, defektolozi, psihoterapeuti i specijalisti psihijatri ima ulogu prevencije i zaštite mentalnog zdravlja svih dobnih skupina. Prevencija se odvija na tri razine: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Primarna uključuje edukaciju i obrazovanje, uvođenje preventivnih programa posebno u školama i slično. Sekundarna znači rano otkrivanje bolesti i liječenje, dok tercijarna predstavlja sprečavanje razvoja ozbiljnih komplikacija kako bi oboljeli mogli i dalje produktivno živjeti. Neki od preventivnih programa koji su se predlagali za mlade uključivali su edukaciju isključivo jednog adolescenta pod nadzorom jednog specijalnog pedagoga u sklopu obitelji ili okruženja u kojem se on nalazi. Cilj programa zaštite mentalnog zdravlja je osvijestiti zajednicu, a posebno djecu i mlade koliko je važno rano djelovanje. Edukacija o rizičnim čimbenicima u

adolescenciji kao što su alkoholizam, psihoaktivne tvari, često mijenjanje partnera i slično, također doprinose krajnjem smanjenom rezultatu oboljelih. Zatim, želi im se omogućiti prijem u domove posebno namijenjene za njih ukoliko je obiteljska situacija postala nemoguća i nisu se spremni nositi s njom. Otvaranje centara za psihološku pomoć na sveučilištima za pomoć studentima, također je dobar primjer preventivnog djelovanja. S obzirom da su psihičke bolesti i dalje taboo u društvu, medicinska sestra je zadužena za edukaciju djeteta, obitelji, ali i šire zajednice. Posebno je uveden Berkleyev program za edukaciju roditelja o tipičnom ponašanju adolescenata. Kada roditelji budu znali razumijeti ponašanje svog adolescenta, bit će i u mogućnosti primjereno reagirati. Razgovorom i emocionalnom podrškom prijatelja, roditelja ili medicinske sestre već se može učiniti puno za adolescenta (22).

Medicinske sestre u području psihijatrije su u svakodnevnom kontaktu s izrazito osjetljivom skupinom pacijenata. Komunikacija između zdravstvenog djelatnika i psihijatrijskog pacijenta predstavlja jedan od najbitnijih faktora koji će utjecati na prihvaćanje bolesti, daljnji tijek liječenja i proces zdravstvene njege. Stoga, u tijeku provođenja zdravstvene njege sestra mora usvojiti znanje i komunikacijske vještine. Prema definicijama sestrinstva stoji da je „umijeće sestrinstva međuljudski odnos i interakcijski proces između korisnika i medicinske sestre/tehničara unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestriinske skrbi.“ Osnova sveukupnog terapijskog učinka medicinske sestre u radu s anksioznim pacijentima usredotočena je na smanjenje tenzije. Osim teorijskog znanja, sestra mora pokazati empatiju, toplinu i razumijevanje kako bi stvorila odnos povjerenja između nje i bolesnika. Temeljna je kompetencija dobro opažanje i mogućnost prikupljanja važnih podataka. Tijekom procesa slušanja pacijenta, sestra dobiva podatke o njemu, te stvara osnovu za radni savez. Kod anksioznih pacijenata osnova pristupa se temelji na ustrajnim pokušajima da se pacijentu ponovno vrati osjećaj sigurnosti, samopouzdanja i ravnoteže koji su imali prije početka pojave anksioznosti. Prilikom razgovora s anksioznim pacijentom sestra može otkriti pozadinu trenutačne anksioznosti i pomoći mu da je ublaži. Razgovor je također bitan da bi pacijent dobio uvid da se medicinska sestra brine o njemu, da ga prihvaća i poštuje kao osobu. Da bi anksioznog pacijenta motivirali za razgovor, potrebno mu je osigurati dovoljno vremena uz objašnjenje da mnogi ljudi osjećaju tjeskobu kao i on. Ukoliko pacijent previše priča, razgovor treba usmjeriti u željenom pravcu da bi dobili podatke

koje trebamo. Potrebno ga je informirati što se očekuje od njega za vrijeme i nakon razgovora (23).

4. ZAKLJUČAK

Ne postoji osoba koja s vremena na vrijeme nije doživjela tjeskobu. Normalna anksioznost prati donošenje odluka, javlja se uz javne nastupe, ispite, brojne informacije koje se nameću preko medija o raznim negativnim događajima oko nas. Takvi događaji mogu navoditi na razmišljanje da se nešto loše može dogoditi i nama samima. Osnovna karakteristika normalne anksioznosti je da je osoba može kontrolirati, za razliku od patološke koja kontrolira pojedinca. Čini se da normalna anksioznost prelazi u patološko stanje ukoliko se pojavljuje nakon prestanka realne opasnosti, neovisno o njoj i bitno ometa funkcioniranje. Simptomi anksioznih poremećaja povezani su s irealnim iščekivanjem da će se dogoditi nešto strašno. Mogu oscilirati od relativno blage treme s osjećaj nelagode do teških, onemogućujućih napada panike. Anksioznost je prisutna kod gotovo svih psihičkih poremećaja, međutim treba istaknuti da kod anksioznih poremećaja prevladava kliničkom slikom, a kod ostalih je sekundarni simptom. Na razvoj anksioznosti utječe i anksiozna crta ličnosti, odnosno predisponiranost da se bude anksiozan u raznim situacijama. Odnosi privrženosti s skrbnikom od najranijeg djetinjstva ostavljaju posljedice za kasniji mogući razvitak psihičkih poremećaja. Anksiozni poremećaji počinju relativno rano, u djetinjstvu ili adolescenciji s najvećom prevalencijom psihičkih poremećaja u toj dobi. Uzroci su im mnogobrojni, a o njima se raspravlja u biološkim, psihodinamskim, bihevioralnim i kognitivnim teorijama nastanka. Uporaba psihofarmaka i psihoterapijski pristup pokazali su se najdjelotvornijom metodom liječenja. U smislu iskazivanja anksioznih poremećaja, uzroci zabrinutosti bili su proporcionalni fazama života u kojoj se pojedinac nalazi. Djeca su iskazivala nezadovoljstvo odvajanjem od roditelja, mlade su mučili problemi s vršnjacima, dok su se odrasli bili zabrinuti poslom, zdravljem i financijama. Promocija mentalnog zdravlja može stvoriti temelje za ispravan rast i razvoj budućih generacija. Brojni programi provode se s tim ciljem, no pojavnost im je i dalje visoka. Bitno je poboljšati suradnju primarne zdravstvene zaštite i specijalističke skrbi, a intervencijama djelovati izravno na rizične faktore. Uključivanje zdravstvenih djelatnika, nastavnika i pedagoga u proces informiranja djece od najranijih dana prvi je i najvažniji korak. „Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja“, upozorava Svjetska zdravstvena organizacija (24).

Uloga medicinske sestre kao člana tima je edukacija svih dobnih skupina. S obzirom da na odjelu psihijatrije dolazi u kontakt s vrlo ranjivom zajednicom bolesnika, komunikacija je presudan činitelj za budući tijek bolesti. Međuljudski odnos između nje i korisnika čini umijeće sestrinstva (23).

5. LITERATURA

1. Pliva Zdravlje [Internet]. Simptomi anksioznosti. 2020. [citirano 31. kolovoza 2021.] Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/33656/Simptomi-anksioznosti.html>
2. Centar Sirius [Internet]. Što je anksioznost? Zagreb, 2019. [citirano 31. kolovoza 2021.] Dostupno na: <https://centar-sirius.hr/sto-je-anksioznost/>
3. Pliva Zdravlje [Internet]. Anksioznost. 2014. [citirano 31. kolovoza 2021.] Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/25403/Anksioznost.html>
4. Lakić B, Račić M, Stoisavljević-Šatara S. Anksiozni poremećaji. [citirano 31. Kolovoza 2021.] Dostupno na: <http://www.mentalnozdravlje.ba/uiimages/pdf/anksiozniporemecaji.pdf>
5. Zdravlje vašeg tijela [Internet]. Poremećaj prilagodbe: vrste, uzroci i simptomi. 2020. [citirano 31. kolovoza 2021.] Dostupno na: <https://prirucnik.hr/poremecaj-prilagodbe-vrste-uzroci-i-simptomi/>
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje. Središnja medicinska ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj [Internet]. 2021. [citirano 31. kolovoza 2021.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
7. Pro Mente. Psihološko savjetovalište [Internet]. Anksiozni poremećaji. [citirano 31. kolovoza 2021.]. Dostupno na: <https://www.promente.biz/index.php/problemi-i-poremecaji/anksiozni-poremecaji-ap/702-anksiozni-poremecaji>
8. Šmalc Folgenović V. „Psihijatrija i društvo“ [Članak]. Zagreb: Psihijatrija bolnica Vrapče;2005. [citirano 31.kolovoza 2021.] Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/psihijatrija_i_drustvo
9. Poljak M, Begić D. Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. Socijalna psihijatrija [internet]. 2016; 44 (4), 310-329.Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/174630>
10. Rudan V. Psihoanalitički koncept anksioznosti. Medix [Internet]. 2007 [pristupljeno 03.09.2021.];13(71):67-71. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/21899>

11. Berk, LE. Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap 2008.
12. Paradžik Lj, Kordić A, Zečević I, Šarić D, Boričević Maršanić V. „Ne idi, molim te“ – kognitivno-bihevioralni tretman djeteta sa separacijskim anksioznim poremećajem. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2018 [pristupljeno 03.09.2021.];46(3):251-268. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/206618>
13. Ivanka Ž, Sanja S, Gorana M. Problemi u ponašanju predškolske djece prema procjeni roditelja i odgojitelja. Psihologijske teme [Internet]. 2003 [pristupljeno 23.08.2021.];12(1):63-76. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/166696>
14. Paradžik Lj, Zečević I, Kordić A, Boričević Maršanić V, Ercegović N, Karapetrić Bolfan Lj i sur. Školska fobija – kad strah drži djecu daleko od škole, uz prikaz slučaja i terapijskog tretmana. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2019 [pristupljeno 24.08.2021.];47(2):214-231. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.214>
15. Chiu K, Clark DM, Leigh E. Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021 01 15;279:650-61.
16. Diler RS. Panic disorder in children and adolescents. Yonsei Med J. 2003 Feb;44(1):174-9.
17. Leach LS, Butterworth P. Depression and anxiety in early adulthood: consequences for finding a partner, and relationship support and conflict. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020 Jul 15;29:e141.
18. Pernar M, Frančišković T. (ur.) Psihološki razvoj čovjeka. Sveučilište u Rijeci-Medicinski fakultet, Rijeka 2010.
19. Alispahić S, Hasanbegović-Anić E, Tuće Đ. Psihološki poremećaji kroz cjeloživotni razvoj: Prevalencija i razvojni rizici. pregled [Internet]. 2021. srpnja 6 [citirano 2021. rujna 3]; 62 (1): 155-73.
Dostupno na: <http://www.pregled.unsa.ba/index.php/pregled/article/view/910>

20. Mihaljević-Peješ A, Šagud M. Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Socijalna psihijatrija* [Internet]. 2019 [pristupljeno 03.09.2021.];47(3):283-291. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.283>
21. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):190-211.
22. Kazdin AE. Duševno zdravlje adolescenata. Programi prevencije i liječenja. *Am Psychol*. 1993. veljače; 48 (2): 127-41
23. Šilje M. Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima Communication skills of nurses/technicians with psychiatric patients. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2018 [pristupljeno 03.09.2021.];23(3):173-180. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2018.23.033>
24. Ledinski Fičko S, Čukljek S, Smrekar M, Hošnjak AM. Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* [Internet]. 2017 [pristupljeno 03.09.2021.];3(1):61-71. <https://doi.org/10.24141/1/3/1/7>

6. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime: Josipa

Prezime: Milković

Datum rođenja: 18.01.2000.

Mjesto rođenja: Split

Prebivalište: Put Dragovoda 4, Split, Hrvatska

Obrazovanje :

2006. – 2014. Osnovna škola “Mejaši, Split

2014. – 2018. – Prva gimnazija, Split, jezični program

2018. – 2021. – Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija –
Sestrinstvo.

Znanja i vještine

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu, te rada na računalu uključujući
Microsoft Word i Excel.