

# Integracija tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u ranoj adolescenciji

---

**Zečević, Iva**

**Doctoral thesis / Disertacija**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

<https://doi.org/10.17234/diss.2023.411969>

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:398567>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-21**



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
University of Zagreb  
Faculty of Humanities  
and Social Sciences

*Repository / Repozitorij:*

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb  
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Iva Zečević

**INTEGRACIJA TRIPARTITNOG I  
KOGNITIVNOG MODELA  
ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI U  
RANOJ ADOLESCENCIJI**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2023.



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Iva Zečević

**INTEGRACIJA TRIPARTITNOG I  
KOGNITIVNOG MODELA  
ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI U  
RANOJ ADOLESCENCIJI**

DOKTORSKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2023.



University of Zagreb

Faculty of Humanities and Social Sciences

Iva Zečević

**INTEGRATION OF TRIPARTITE AND  
COGNITIVE MODEL OF ANXIETY AND  
DEPRESSION IN EARLY  
ADOLESCENCE**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor: prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2023.

*Zahvaljujem peterostrukoј mentorici za doprinos u svim fazama izrade doktorske disertacije, Psihijatrijskoј bolnici za djecu i mladež za omogućavanje prikupljanja podataka na kliničkom uzorku i ponajviše obitelji na strpljenju i podršci.*

## INFORMACIJE O MENTORU

Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić je redovita profesorica u trajnom zvanju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Na matičnom fakultetu je diplomirala psihologiju 1987. godine, magistrirala 1994. godine., a doktorat je stekla na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 2000. godine.

Na matičnom fakultetu voditeljica je više obaveznih i izbornih kolegija na diplomskom i poslijediplomskom studiju. Sudjeluje i u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Pod njezinim mentorstvom obranjen je veći broj diplomskih, magistarskih, specijalističkih i doktorskih radova. Voditeljica je Poslijediplomskog specijalističkog studija iz kliničke psihologije.

Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić svoj je znanstveni interes otpočetak vrlo aktivno usmjerila u područje kliničke i zdravstvene psihologije prije svega prema istraživanju etioloških čimbenika anksioznosti, pojavnih oblika anksioznih poremećaja i njihovom liječenju, kao i prema psihičkim manifestacijama stresa. Njezin istraživački rad obilježavaju aktualna istraživačka pitanja primjerice: anksiozna osjetljivost, kiberohondrija, psihičke posljedice pandemije, rodna nekonformnost. Objavila je više od 80 znanstvenih i stručnih radova i više poglavlja u udžbenicima, knjigama, priručnicima. Međunarodno je priznata znanstvenica što se očituje kroz veliki broj citata njezinih radova (prema *Google znalac* bazi njezini su radovi citirani više od 2000 puta). Predsjednica je Međunarodnog društva za istraživanje stresa, traume, anksioznosti i otpornosti (International Society for Stress, Trauma, Anxiety and Resilience).

Članica je Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatskog udruženja za kognitivno-bihevioralne terapije (čija je potpredsjednica), Hrvatskog društva za neuroznanost, te Društva za kliničku genetiku Hrvatske.

Dobitnica je nekoliko strukovnih priznanja i nagrada.

## SAŽETAK

### **Integracija tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u ranoj adolescenciji**

Anksiozni i depresivni poremećaji jedni su od najraširenijih zdravstvenih problema današnjeg doba. Prema tripartitnom modelu anksioznosti i depresivnosti, anksioznost i depresivnost imaju zajednički faktor negativni afekt, dok je nizak pozitivni afekt karakterističan za depresivnost, a visoka fiziološka pobuđenost karakteristična za anksioznost. Temeljna pretpostavka kognitivnog modela je da su emocije i ponašanje osobe u velikoj mjeri određeni načinom na koji osoba misli. Tripartitni i kognitivni model provjeravani su u Hrvatskoj na zdravoj populaciji učenika, no ne i na kliničkoj skupini – djeci koja već imaju razvijen psihički poremećaj. Cilj rada bio je proširiti teorijski model koji objašnjava anksioznost i depresivnost integracijom tripartitnog i kognitivnog modela. Provjereni su tripartitni i kognitivni model te hipotetski integrirana ova dva modela. Istraživanje je provedeno na uzorku od 306 djece: 150 učenika osnovnih škola u Zagrebu i 156-ero djece u kliničkoj skupini, koja su se javila u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež zbog anksioznog ili depresivnog poremećaja. Korišteni su: Upitnik dječjih misli (CTQ), Skala pozitivnog i negativnog afekta za djecu (PANAS-C), Skala fiziološke pobuđenosti za djecu (PH-C) te Dječja skala depresije (CDI) i Upitnik anksioznosti kao osobine ličnosti za djecu (STAIC). Postavljene hipoteze testirane su usporedbom među skupinama, korištenjem složene analize varijance, regresijske analize i analize traga. Nalazi istraživanja potvrđuju tripartitni model kod djece koja su psihički zdrava, dok je za djecu koja imaju razvijen poremećaj karakteristično da negativni afekt doprinosi objašnjenju depresije, no ne i anksioznosti. Negativne i pozitivne kognicije kod obje skupine objašnjavaju dodatni dio varijance depresivnosti, odnosno anksioznosti. Integrirani tripartitni i kognitivni model, prema kojem pozitivni i negativni afekt te fiziološka pobuđenost posreduju povezanost između kognicija i internaliziranih simptoma, jednako dobro pristaje svim skupinama bez obzira na spol ili klinički status. Dane su smjernice za preventivne programe i terapijske intervencije kod anksioznosti i depresivnosti.

**Ključne riječi:** tripartitni model, kognitivni model, anksioznost, depresija, negativni afekt, pozitivni afekt, fiziološka pobuđenost, rana adolescencija

# **Integration of Tripartite and Cognitive model of anxiety and depression in early adolescence**

## **Background**

Clark and Watson proposed a tripartite model in which symptoms of anxiety and depression in adults are viewed along three broad dimensions. The first, general affective distress or negative affect (NA), is associated with both depression and anxiety; the second, physiological hyperarousal (PH), is specific to anxiety; and the third, a lack of positive affect (PA), is specifically associated with depression. Nonspecific shared symptoms of NA are thought to explain the strong association between measures of anxiety and depression. Negative Affect reflects the extent to which a person is experiencing negative mood states such as fear, sadness, anger, and guilt, whereas Positive Affect reflects the extent to which one reports positive feelings such as joy, enthusiasm, energy, and alertness. Physiological hyperarousal includes somatic tension and hyperarousal (e.g. shortness of breath, dizziness and light headedness, dry mouth)

Although formulated with adults, the tripartite model also has important implications for the nature, classification, assessment, and treatment of anxiety and depression in children.

A limitation of Clark and Watson's model is that it focuses primarily on affective and physiological symptoms, to the relative neglect of cognitive aspects of anxiety and depression. Fuller incorporation of cognitive phenomena into the tripartite model has important potential benefits. Because several theories of anxiety and depression emphasize the importance of cognitions, identifying cognitive features common and specific to each would enhance our understanding of and ability to differentiate between them. In addition, given the prominence of cognitive approaches to the treatment of anxiety and depression, identifying cognitions associated with each would aid in development and refinement of effective interventions. Thus, our study examined aspects of cognition common and specific to anxiety and depression. According to the Cognitive Model cognitions determine individual's emotions and behaviour.

Tripartite and Cognitive Model have limitations that emanate from their focus on only one aspect of disorders, whether emotional as a basis of the Tripartite Model or cognitions as a foundation of the Cognitive Model. Therefore, the main goal of this paper is to improve differentiation between anxiety and depression through combining both models.



## **Aim**

The aim of this study is to verify the compatibility between the Tripartite and Cognitive Model through their integration, while observing the specificities related to gender and severity of disorder.

## **Method**

### Participants

In non-clinical sample participants were sixth-grade elementary school students at the age of 12 years from three schools selected for their socioeconomic and geographic diversity in Zagreb. Only children who returned affirmatively signed parental consent forms were allowed to participate in the study. Parent consent and child assent were obtained for 350 children. 33 students failed to complete four or more items and their data were not included in the analyses. The final sample included 317 children (154 boys, 163 girls). The control group criteria was that the child achieved result of M or lower on the depression or anxiety questionnaire. A sample of 150 children were randomly selected according to this criteria, 70 boys and 80 girls. Testing in clinical groups was conducted at Psychiatric hospital for children and youth during a period of two years, on a conventional sample of participants divided into two groups: one consisting of clinically depressed subjects and other consisting of clinically anxious subjects. All children were early adolescents. In total, 110 children were selected from the patients of the Psychiatric hospital for children and adolescents, and additional 46 children were recruited from the sample of 350 children, which have participated in the study conducted during the academic year 2008/09. The inclusion criteria for the children in the clinical group was that the child achieved result of M+1SD or greater on the depression or anxiety questionnaire. A total of 156 children were included in the clinical group. Anxiety clinical group consisted of a total of 80 children, 37 boys and 43 girls, while the depression clinical group consisted of 76 children, 40 boys and 36 girls.

### Procedure

Research was conducted in accordance with the Ethical code for research involving children. Investigator visited classrooms to invite students to participate in "a study of children's thoughts and feelings about everyday situations" and to distribute consent forms for students to take home to their parents. Only children who returned affirmatively signed parental consent forms were allowed to participate in the study. Group testing lasted 45

minutes (one school period).

Children in clinical group were invited to take part in the study as a part of psychological examination, psychiatric examination or at the beginning of a psychiatric treatment. Parents who agreed to their child taking part in the study signed a consent form. In the Psychiatric hospital for children and youth the testing was performed individually. As in examination in control group, the examiner read the instructions and children noted their answers and asked for clarification if needed. On each questionnaire children noted their age and sex, and after conclusion the examiner noted into which clinical group the child belongs (anxiety or depression). The diagnosis was made by a psychiatrist based on diagnostic criteria cited in the MKB-10. In the selection of participants care was taken that comorbidity of anxiety and depression disorder was not present.

### Measures

#### *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*

The trait scale of the STAIC was used as a measure of general anxiety (Spielberger, 1973). This scale has been reliably used with children ranging in age from 6 to 16 years. Each of 20 items is scored from 1 (Hardly ever) to 3 (Often true), with higher scores indicating greater anxiety. Coefficient alphas of .81 and .78 along with test-retest reliabilities of .71 and .68 have been reported for girls and boys, respectively.

#### *Children's Depression Inventory (CDI)*

The CDI was used to assess symptoms of depressed mood (Kovacs, 1980/81, 1992). This 27-item self-report measure has acceptable reliability ( $\alpha = .86$ ) and 1-month test-retest reliability ( $r = .72$ ), and is suitable for use with children and adolescents aged 7–17 years. A variety of symptoms of depression are assessed (e.g., sleep disturbance, suicidal thoughts, and general dysphoria). Each item consists of three brief statements that describe a range of responses scored as 0, 1, or 2, with higher scores indicating increasing severity (0 denotes an absence of symptom, 1 denotes a mild symptom, and 2 denotes a definite symptom). Respondents rate the degree to which each group of statements describes their mood during the previous 2 weeks.

#### *Positive and Negative Affect Scale for Children (PANAS-C)*

The PANAS-C is a 27-item scale designed to assess NA and PA in children (Laurent et

al.,1999). It includes 12 items on the PA scale and 15 items on the NA scale. Children are asked to rate the degree to which different words (e.g., “interested,” “sad”) describe how they have felt during the past few weeks, on a scale of 1 (Very slightly or not at all) to 5 (Extremely). Laurent et al. (1999) reported acceptable alpha coefficients (.94 and .92 for NA, and .90 and .89 for PA) for the scale development and replication samples, respectively. Good convergent and discriminant validity were also reported, with the NA scale correlating positively with self-reports of depression ( $r = .60$ ) and anxiety ( $r = .68$ ), and the PA scale correlating negatively with depression ( $r = -.55$ ) and to a lesser extent with anxiety ( $r = -.30$ ).

#### *Physiological Hyperarousal Scale for Children (PH-C)*

The PH-C was developed to complement the PANAS-C, thereby assessing all three components of the tripartite model (Laurent, Catanzaro, & Joiner, 2000). It is an 18-item measure of PH, defined as bodily manifestations of autonomic arousal. Respondents are asked to rate the degree to which different words (e.g., “dry mouth,” “sweaty palms”) describe how they have felt during the past 2 weeks, on a scale of 1 (Very slightly or not at all) to 5 (Extremely). The measure was developed with a nonclinical sample of students in grades 6 through 12. A coefficient alpha of .86 was reported by Laurent et al. (2000).

#### *Children's Thought Questionnaire (CTQ)*

CTQ was used to assess children's self-reported anxious, depressive, and positive thoughts (Marien i Bell, 2004). Ten vignettes, each followed by a series of corresponding thought and mood rating items, were presented in the same order to all children. Vignettes were written to reflect common experiences that are challenging to middle school age children in general, including those with a tendency to worry or experience of anxiety or depression. Vignettes addressed school (e.g., tests, grades), social evaluation (e.g., being criticized or rejected by peers, being called on in class), and health issues. Each vignette is followed by a series of six thought items that were designed to represent anxious (two items), depressive (two items), and positive (two items) cognitive content. Authors wrote items to be consistent with theoretical and empirical literature on cognitive content characteristic of anxiety versus depression. Positive thought items reflect the expectation of a positive outcome, interest or pleasure, or positive self-reference (e.g., "I'm good at this subject"). Using a 5-point Likert scale ranging from 1 (not at all like I would think) to 5 (exactly like I would think), children rate the similarity of each cognition to thoughts they would have if they were in the hypothetical situation. A coefficient alpha in our study was .835.

## **Results**

Girls reported more anxiety, more negative cognitions and negative affectivity less positive cognitions than boys. No gender differences were found in depression, positive and and symptoms of physiological hyperarousal. Negative affectivity is a significant predictor of anxiety and depression in non-clinical sample. In clinical sample negative affectivity is specific to depression. Lack of positive affect was a significant predictor of depression in both non-clinical and clinical samples. Contrary to the tripartite model, in clinical sample our results showed that negative affect is specific to depression. Physiological hyperarousal was a significant predictor of depression in both non-clinical and clinical samples. Negative and positive cognitions explain additional share of variance in anxiety and depression. Correlation between positive cognitions and depression is partly mediated with positive affect, correlation between negative cognitions and depression is partly mediated with negative affect, correlation between negative cognitions and anxiety is partly mediated with negative affect and physiological hyperarousal. Unexpected finding in this study was that physiological hyperarousal is also predicted by a positive cognitions.

Based on these results, we can conclude that the theoretical model explaining anxiety and depression may be expanded to integrate the tripartite and cognitive models. The integrated model described fits equally well to all groups, regardless of sex, health or clinical group.

## **Conclusion:**

The scientific contribution of this research is improved differentiation between anxiety and depression in early adolescence through a clearer insight into the relationship between emotions, physiological symptoms and cognitions related to the two disorders.

Although the results do not show differences in how the model fits in regards to sex or presence of psychopathology, age- and gender-specific models to better account for the shared and unique aspects of depression and anxiety in children need to be further explored.

**Key words:** tripartite model, cognitive model, anxiety, depression, positive affect, negative affect, physiological hyperarousal, early adolescence

## SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Internalizirani poremećaji	1
1.2 Klinička slika anksioznosti i depresije kod djece	6
1.2.1 Razlike u kliničkoj slici s obzirom na dob i rod	18
1.3 Epidemiologija anksioznosti i depresije	20
1.3.1 Epidemiologija anksioznih poremećaja	21
1.3.2 Epidemiologija depresije	23
1.4 Klinička procjena anksioznosti i depresije	25
1.5 Komorbiditet anksioznosti i depresije	30
1.5.1 Modeli komorbiditeta	37
1.5.2 Kvadripartitni model anksioznosti i depresije	38
1.5.3 Model višestrukih puteva	40
1.6 Tripartitni model	44
1.6.1 Provjere tripartitnog modela	48
1.7 Kognitivne teorije i modeli	52
1.7.1 Beckov kognitivni model	54
1.7.2 Teorija beznadnosti	57
1.7.3 Teorija vrste odgovora	58
1.7.4 Kognitivni model anksioznosti	59
1.7.5 Teorija stanja uma	60
1.7.6 Moć ne-negativnog mišljenja	61
1.8 Metakognitivni model emocionalnih poremećaja	61
1.8.1 Transdijagnostički kognitivni faktori	63
1.9 Provjere kognitivnih modela	68
1.10 Integracija tripartitnog i kognitivnog modela	73
2. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA	75
2.1 Cilj	75
2.2 Problem i hipoteze	75
3. METODOLOGIJA	77
3.1 Sudionici	77
3.2 Instrumenti	81
3.2.1 Upitnik dječjih misli (CTQ)	82

3.2.2 Skala pozitivnog i negativnog afekta za djecu (PANAS-C)	82
3.2.3 Skala fiziološke pobuđenosti za djecu (PH-C)	83
3.2.4 Dječja skala depresije (CDI)	83
3.2.5 Upitnik anksioznosti kao osobine ličnosti za djecu (STAIC)	84
3.3 Postupak	84
4. REZULTATI	86
4.1 Deskriptivna statistika za istraživane varijable	86
4.1.1 Rodne razlike u varijablama u tri skupine ispitanika	89
4.1.2 Međusobna povezanost ispitivanih varijabli	92
4.2 Dimenzije tripartitnog modela kao prediktori anksioznosti i depresivnosti u usporednoj skupini	96
4.3 Dimenzije tripartitnog modela kao prediktori anksioznosti i depresivnosti u kliničkoj skupini	97
4.4 Dimenzije iz kognitivnog modela kao prediktori anksioznosti i depresivnosti	98
4.4.1 Sadržaji kognicija kod usporedne i kod kliničke skupine	100
4.4.2 Omjer pozitivnih i negativnih misli	103
4.5 Rezultati integracije varijabli iz tripartitnog i kognitivnog modela	104
5. RASPRAVA	110
5.1 Razlike u anksioznosti i depresivnosti u usporednoj i kliničkoj skupini	110
5.2 Dimenzije tripartitnog modela anksioznosti i depresivnosti	117
5.3 Varijable iz kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti	123
5.4 Integracija varijabli tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti	129
6. ZAVRŠNA RAZMATRANJA	135
6.1 Doprinosi	135
6.2 Metodološki nedostaci	139
6.3 Smjernice za daljnja istraživanja	140
7. ZAKLJUČAK	144
8. LITERATURA	145
9. PRILOZI	179
9.1 Prilog A: Instrumenti korišteni u istraživanju	180
9.2 Prilog B: Pouzdanosti upitnika, skala i subskala na svim uzorcima	194
9.3 Prilog C: Podatci za klinički subuzorak	195
10. ŽIVOTOPIS	197

# 1. UVOD

## 1.1 INTERNALIZIRANI POREMEĆAJI

Achenbach je još davne 1966. godine probleme u ponašanju i doživljavanju djece i mladih podijelio u dvije grupe - internalizirane i eksternalizirane probleme u ponašanju. Ova je podjela bila empirijski utemeljena, a nastala je na temelju podataka prikupljenih *Skalom procjene ponašanja djece od 6 do 18 godine* (Achenbach, 1991) kojom se podaci o djetetu skupljaju iz tri izvora: samoiskaz djeteta, iskaz roditelja i učitelja. Analizirajući velike količine podataka iz te tri verzije upitnika, dobilo se osam konstrukata: agresivno ponašanje, anksioznost i depresivnost, problemi s pažnjom, delinkventno ponašanje, problemi u socijalnim odnosima, somatske pritužbe te problemi s mišljenjem i povlačenje. Analizom međusobnih korelacija dobivena su dva konstrukta višeg reda koji su nazvani: internalizirani i eksternalizirani problemi. Internalizirane probleme činili su sljedeći konstrukti: povlačenje, somatske pritužbe, anksioznost i depresija dok su eksternalizirane probleme činili: delinkventno i agresivno ponašanje. Pokazalo se i da internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi, nego je u velikom broju uzoraka potvrđena povezanost među njima (Eisenberg i sur., 2005; Cichetti i Toth, 2000; Lemery i sur., 2002).

Pored dva širokopojasna sindroma koja je Achenbach dobio, identificirani su i empirijski definirani manje općeniti uskopojasni sindromi. Ukupno ih je osam, od kojih tri pripadaju internaliziranom sindromu, a to su dijete koje je: 1. anksiozno/depresivno (puno plače, ustrašeno, anksiozno, osjeća se bezvrijedno), 2. povučeno/depresivno (radije bi bilo samo, sramežljivo, plaho, povučeno) i 3. ima tjelesne tegobe (pretjerano se umara, ima bolove, boli ga trbuh). Dvije su glavne razlike između ovakve empirijske klasifikacije i kliničkih klasifikacijskih pristupa Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5, Američka psihijatrijska udruga, 2014) i Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10, 1994). Jedna razlika proizlazi iz načina kako se definirala skupina (istraživanjem ili kliničkim slaganjem), a druga je da empirijski pristup poteškoće promatra kao dimenzionalne, a ne kao kategorijalne kako ih vidi klinička klasifikacija. Empirijski pristup razliku između normalnog i patološkog vidi u stupnju izražene poteškoće, a ne u vrsti poteškoće (Achenbach i Rescorla, 2001; Wicks-Nelson i Israel 2021).

Empirijski sustavi koji se temelje na statističkim postupcima ukazali su na potkategorije internaliziranih poremećaja. Unutar te široke kategorije internaliziranih

poremećaja, Achenbach i Rescorla (2001) opisuju anksiozno depresivni sindrom. Anksiozno depresivni sindrom uključuje sljedeće simptome kod djeteta: puno plače, ima strahove, boji se škole, boji se da će biti loše, sve mu mora biti savršeno, osjeća se nevoljeno, osjeća se bezvrijedno, nervozno, napeto, ustrašeno, anksiozno, osjeća preveliku krivnju, osjeća se nesigurno, osjeća se povrijeđeno kad ga kritiziraju, govori ili razmišlja o suicidu, želi ugoditi, boji se greške, puno brine (Achenbach i Rescorla, 2001)

Internalizirani poremećaji obično se još nazivaju i poremećajima pretjerano kontroliranog ponašanja (Begić, 2014), koji se najčešće ne ispoljavaju u ponašanju „prema van“, osim u smislu pasivnosti i povlačenja, već su više usmjerena „prema unutra“, prema sebi. Internalizirani poremećaji karakterizirani su emocijama tuge i tjeskobe uz sklonost povlačenju, a mogu se uočiti promjene u mnogim aspektima: raspoloženju, nastojanjima, tjelesnom funkcioniranju, mišljenju. Internalizirani poremećaji javljaju se kod djece kod koje su prisutni problemi u emocionalnoj regulaciji što se manifestira na način da takva djeca češće plaču, teško kontroliraju ljutnju pa su skloni ispadima bijesa, sramežljiva su, nedostaje im vještina potrebnih za primjereno reagiranje, a prisutna je i visoka razina inhibicije ponašanja (Macuka, 2008). Djeca koja imaju internalizirane probleme često se žale na strahove i na napetost, sramežljiva su, osjećaju se odbačeno i manje vrijednom u odnosu na druge. Često osjećaju nelagodu, nemir i očekuju opasnost. Mogu biti prisutni i simptomi na fiziološkom planu u vidu ubrzanog lupanja srca, osjećaja nedostatka daha, a česti su i bolovi u glavi ili trbuhu. Zbog osjećaja koje im stvaraju navedeni simptomi, djeca su sklona izbjegavati situacije koje potiču takve osjećaje te tako dolazi do pasivnosti i povlačenja na planu ponašanja (Oatley i Jenkins, 2003).

Anksioznost i depresivnost, tipični su internalizirani problemi, a ujedno se nalaze i među najčešćim problemima kod djece i adolescenata (Costello i sur., 2003; Last i sur., 1997; Brumario i Kerns, 2010). Od ostalih internaliziranih problema obično se izdvaja i suicidalnost kao moguća posljedica navedenih dvaju poremećaja (Novak i Bašić, 2008). Nakon njih slijede ostale, rjeđe teškoće - poremećaji socijalnog funkcioniranja, enureza i enkopreza, tikovi, poteškoće u verbalnom izražavanju (nerazgovijetan govor, mucanje) i drugi (Begić, 2014).

Pokazalo se da su internalizirani problemi dosta stabilni u vremenu, imaju tendenciju da im se povećava broj odnosno da dolazi do razvoja i drugih sličnih problema pa tako i komorbiditeta. Neka ponašanja koja su izražena u djetinjstvu poput povučenosti, sklonosti osamljivanju i malom broju prijateljstava, imaju tendenciju da se nastave i u kasnijoj dobi (Bašić, 2009). Premda se velik broj internaliziranih poremećaja dijagnosticira pretežno u adolescentskoj dobi, simptomi se javljaju ranije, često već u predškolsko doba, te su relativno



stabilni, kroz cijeli period od ranog i srednjeg djetinjstva pa do odrasle dobi (Ashford i sur., 2008). Internalizirani problemi teško se mogu zapaziti opažanjem ponašanja jer su, kao što smo naveli, usmjereni prema samom pojedincu, ali često i razvojne promjene otežavaju da se teškoće prepoznaju i da se pravovremeno intervenira (Macuka, 2008). Istraživanja su pokazala kako u zapadnim zemljama oko 10% djece i mladih ima simptome depresivnog poremećaja, dok između 2 i 9% djece iskazuje specifične fobije, a između 2 i 5% djece imaju klinički značajne simptome anksioznosti (Oatley i Jenkins, 2003.). Česti komorbidni poremećaji depresiji su anksiozni poremećaji, poremećaji disruptivnog ponašanja, poremećaji hranjenja i zlouporaba psihoaktivnih tvari (Wicks-Nelson i Israel, 2021).

Rana detekcija važna je zbog rizika za razvoj težih emocionalnih teškoća, kao i problema prilagodbe. Može doći do problema s učenjem i akademskog neuspjeha, problema u ponašanju radi nedovoljno razvijenih socijalnih vještina, posebice vještina rješavanja problema u socijalnim situacijama (Kovacs i Devlin, 1998; Rapport i sur., 2001). Općenito, sva se istraživanja slažu da su internalizirani poremećaji povezani uz lošije veze s drugima, lošiji akademski uspjeh i nižu razinu općeg funkcioniranja u odnosu na djecu koja nemaju teškoće iz kategorije internaliziranih problema (Oland i Shaw, 2005).

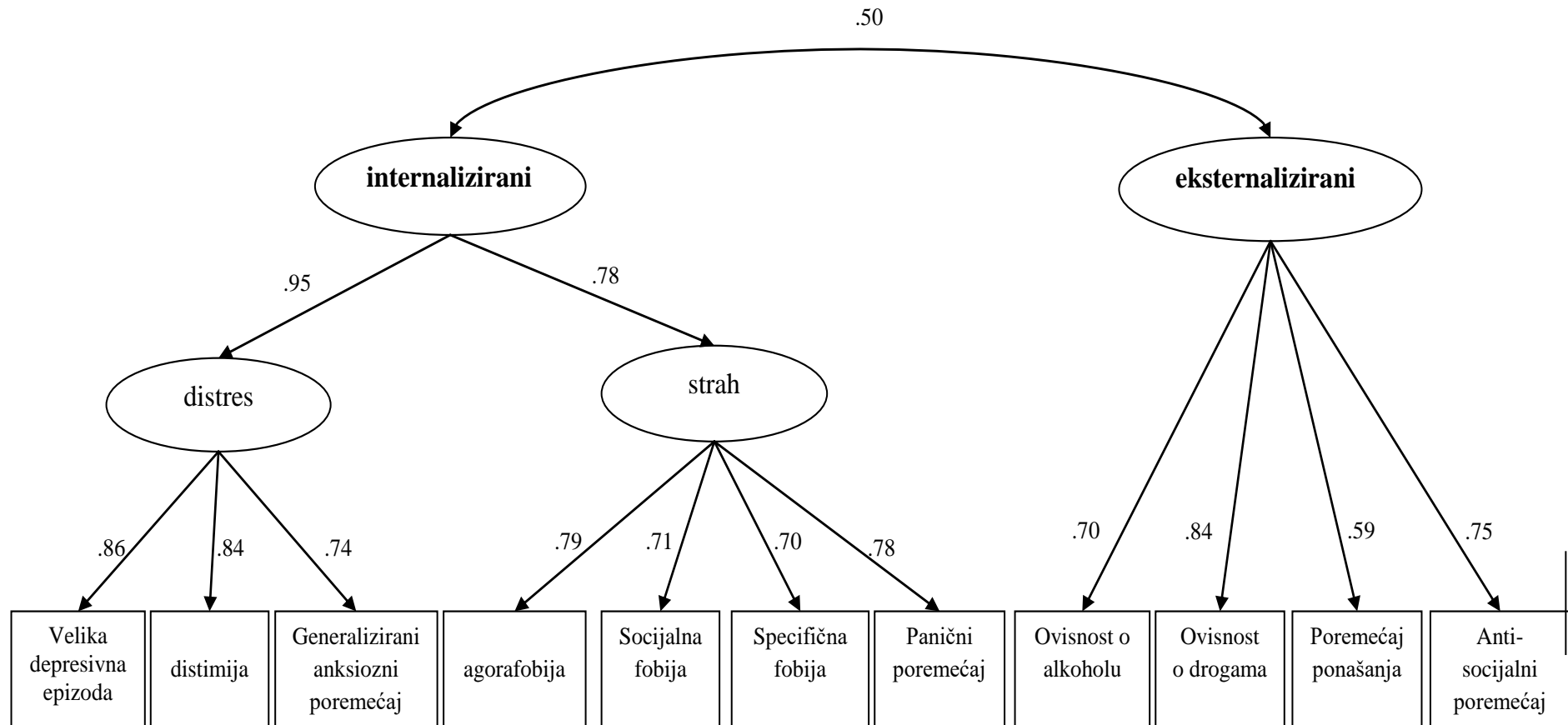
Simptomi pretjerano kontroliranog ponašanja kod djece slični su simptomima anksioznosti i depresije odraslih (Davison i Neale, 2002). Usporedba različitih faktorskih modela psihopatologije kod odraslih (slika 1) jako slični na modele istraživanja psihopatologije kod djece (Krueger i Markon, 2006).

Kako prikazuje slika 1, na vrhu hijerarhije psihopatološke varijacije i kovarijacije formiraju dvije povezane dimenzije: Internalizirani i Eksternalizirani poremećaji. Internalizirani poremećaji karakterizirani su neugodnim emocijama i uključuju depresiju, anksioznosti i strahove. Niže u hijerarhiji internalizirani spektar dijeli se na subspektar Distres i subspektar Strah.

Poremećaji subspektra Strah uključuju: agorafobiju, socijalnu fobiju, specifičnu fobiju i panični poremećaj. Navedenim poremećajima zajednička karakteristika je da su paroksizmalni tj. da simptomi nastaju naglo, vremenski su ograničeni, vrlo su izraženi te isto tako naglo i nestaju. Poremećaji subspektra Distres uključuju: veliku depresivnu epizodu, distimiju i generalizirani anksiozni poremećaj (Krueger i Markon, 2006).

**Slika 1**

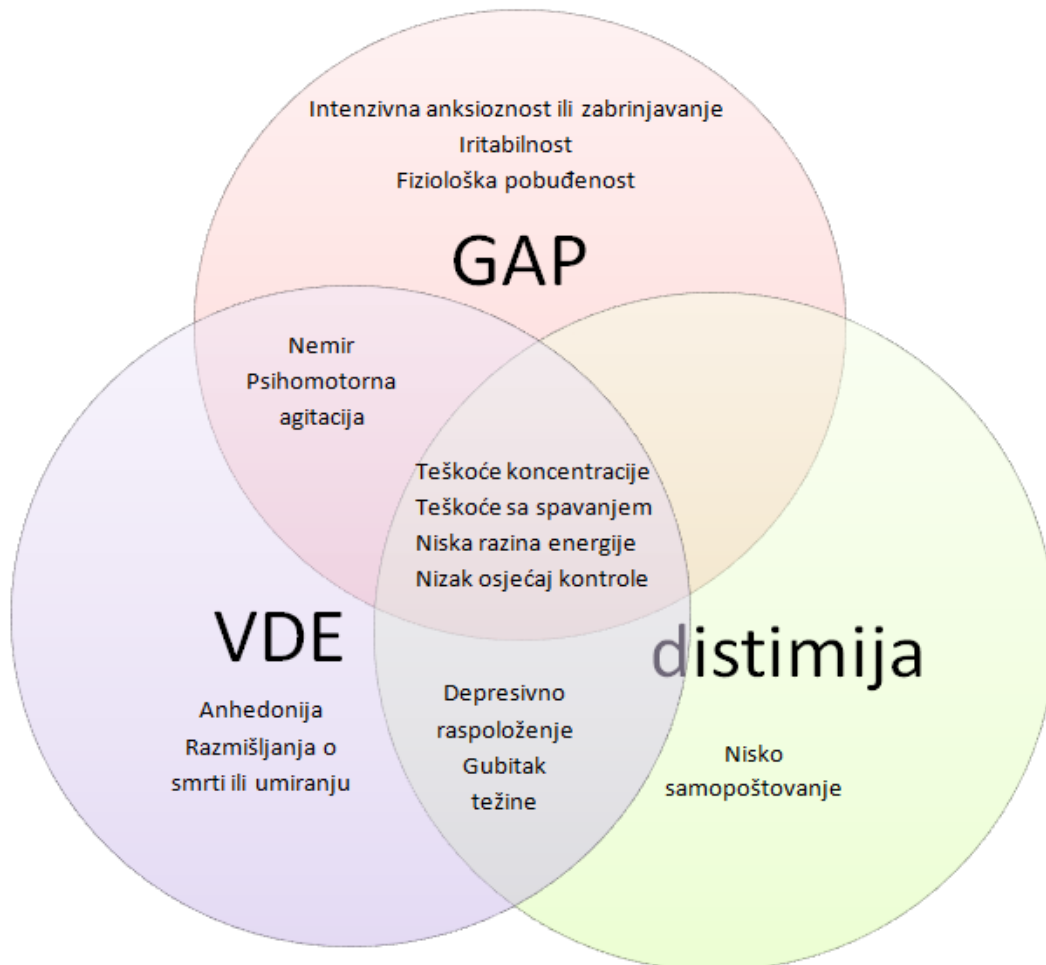
*Model čestih oblika psihopatologije. Vrijednosti predstavljaju koeficijente traga, snagu povezanosti među konstruktima. Podaci su iz meta-analize Krugera i Markona (2006).*



Slika 2 prikazuje preklapanje simptoma poremećaja u subspektru distres koji uključuju: veliki depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i distimiju, a karakteriziraju ih simptomi ruminiranja.

## Slika 2

*Prikaz preklapanja simptoma generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP), velike depresivne epizode (VDE) i distimije (Kruger i Markon, 2006).*



Slika 2 jasno prikazuje preklapanje simptoma među poremećajima što otežava razlikovanje ovih poremećaja, ali i objašnjava visoke stope komorbiditeta među navedenim poremećajima.

Nakon prikaza podjele poremećaja na internalizirane i eksternalizirane kao i objašnjenja simptoma internaliziranih poteškoća, dolazimo do dva najistaknutija internalizirana poremećaja, a to su anksioznost i depresija.

## 1.2 KLINIČKA SLIKA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE KOD DJECE

*„Anksioznost: - Moja najveća vrlina je nepredvidivost. Volim kada se ljudi uljuljkaju u lažni osjećaj sigurnosti. Taman kad misle da neću, ja hoću. Zaletim se pa što bude. Najdraže mi je kad ljudi zbog mene ostanu bez glasa, ne mogu disati.*

*Depresija: - Moj modus operandi je nešto malo drugačiji. Ja volim raditi polako i studiozno. Više me zanima sam proces rada. Ja tako kopam, kopam. Treba si uzeti vremena. U ovome poslu najvažnije je biti strpljiv. Neke bolesti dođu i odu, mi smo tu da ostanemo.“*

*Nina Horvat: "U mojoj glavi" (Teatar Tirena)*

Strahovi i anksioznost javljaju se tijekom odrastanja kod svakog djeteta. Između straha i anksioznosti postoji razlika. Strah se javlja kao prirodna reakcija kada doživimo prijetnju za našu dobrobit ili sigurnost. Strah je primarna emocija i ona priprema organizam za obranu ili za bijeg od izvora opasnosti. Strah je vezan za sadašnjost, javlja se u trenutku ugroze, a kada ugroza prestane, strah nestane. Javlja se na svim područjima: misaonom, emocionalnom, tjelesnom, na planu ponašanja i u odnosima s drugima. Na misaonoj razini neki podražaj ili situacija procjenjuju se prijetećim ili opasnim. Na planu emocija prisutan je osjećaj napetosti i određeni stupanj nelagode. Na tjelesnom planu pobuđen je autonomni živčani sustav koji priprema organizam za borbu ili bijeg od izvora opasnosti. U ponašanju se strah očituje na način da osoba reagira agresivno prema objektu koji doživljava prijetećim ili ga nastoji izbjeći. Kako vidimo na različitim područjima, strah je adaptivan odgovor koji se javlja na opasnost. U evolucijskom smislu, osigurava preživljavanje pojedinca i vrste (Carr, 1999).

Anksioznost je složeno, neugodno čuvstvo, karakterizirano napetošću, tjeskobom, nelagodom. Također je praćena pobuđenošću autonomnog živčanog sustava. U osnovi anksioznosti je strah zbog budućih neugodnih događaja, osoba brine što će se dogoditi u budućnosti i ta strepnja traje dugo, čak može trajati i nakon što događaj oko kojeg je osoba bila zabrinuta prođe, jer ga smjenjuje neki novi događaj oko kojeg osoba brine. Zbog toga je organizam stalno napet i iščekuje opasnost. Važno je razlikovati normalnu i patološku anksioznost. Normalna anksioznost pomaže nam u svakodnevnom životu jer nas tjera da budemo oprezni, bojimo se da ne pogazimo nekoga autom pa pazimo, bojimo se da ne zakasnimo na važan sastanak pa krenemo na vrijeme ili slično. Kada ne bismo imali anksioznosti teško da bismo išta postigli u životu. Zbog nje planiramo, organiziramo se, rješavamo probleme. Ona nam pomaže da predvidimo opasnost i da se zaštitimo. Anksioznost

kao tema okupirala je mnoge pa je tako na primjer Anna Freud (1965) smatrala da anksioznost ima važnu ulogu u razvoju i očuvanju integriteta ličnosti te funkcioniranju osobe jer anksioznost dovodi do razvoja obrambenih mehanizama. Kasniji radovi potvrđuju kako stanje anksioznosti, koju osoba doživljava kao neugodnu i bolnu, potiče razvijanje strategija suočavanja koje omogućuju izbjegavanje situacije ili rješavanje problema i time umanjivanje prijetnje (Spielberger i Rickman, 1990). Anksioznost možemo promatrati na kontinuumu koji na jednom kraju predstavlja normalnu, svakodnevnu anksioznost, a na drugom kraju predstavlja patološku anksioznost, koju kao simptom možemo naći u većini psihopatoloških poremećaja. Moguće je postaviti granicu između normalnog i patološkog stupnja anksioznosti, na način da je kod normalne anksioznosti sama osoba ta koja kontrolira anksioznost i odlučuje što će u određenoj situaciji učiniti, dok je kod patološke anksioznosti, anksioznost ta koja kontrolira osobu pa osoba zapravo nema izbora, nego je primorana postupiti na način kojim će izbjeći anksioznost. Iz toga proizlazi i definicija anksioznih poremećaja po kojoj je za njih karakterističan intenzivan strah, koji značajno remeti svakodnevno funkcioniranje budući da se javlja prije opasnosti, traje tijekom opasnosti i nastavlja trajati i nakon što opasnost prođe, često anticipirajući novu ustrašnu situaciju.

Možemo zaključiti da kriterij po kojem bismo strahove i anksioznost mogli proglasiti poremećajima, treba biti značajno ometeno funkcioniranje djeteta. Anksiozni poremećaji pogađaju između 9 i 32% djece i adolescenata (Ghandour i sur., 2019) te se time može reći da su anksiozni poremećaji najčešći poremećaji u djetinjstvu (McGee i sur., 1990). Djeca koja imaju anksiozni poremećaj obično znaju biti preosjetljiva, napeta, nesigurna, sniženog samopouzdanja, sramežljiva, puna strahova i katastrofičnih scenarija u glavi te često imaju strahove vezane za školu i teškoće sa spavanjem (Carson i sur., 1996).

Važna je rana detekcija i intervencija kod anksioznih poremećaja jer se pokazalo da što su se anksiozni simptomi pojavili ranije u razvoju djeteta, što su duže trajali i što je kasnije započelo liječenje to će liječenje trajati duže, prognoza biti lošija, a vjerojatnost javljanja dodatnih poremećaja veća. Oko trećina djece koja u djetinjstvu imaju anksiozni poremećaj imat će psihičkih poteškoća kad odrastu (Begić, 2014). Čest je slučaj da se dva ili više različitih anksioznih poremećaja javi zajedno, a nerijetko se javljaju i u komorbiditetu s depresijom (Oatley i Jenkins, 2003). Komorbiditet anksioznosti i depresije biti će zasebna tema u ovom radu.

Tijekom 20. stoljeća poremećaji kod djece bili su zanemarivani u službenim dijagnostičkim klasifikacijama do izdavanja službenog dijagnostičkog sustava klasifikacije Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje DSM-III 1980. u kojem su po

prvi put opisani dječji poremećaji (Nietzel i sur., 2002). Do tada je istraživanje poremećaja bilo usmjereno samo na poremećaje kod odraslih, a dječje poremećaje se objašnjavalo spoznajama o poremećajima kod odraslih pa su se tako i nastojanja da se klasificiraju poremećaji u dječjoj dobi svodila na proširivanje dijagnostičkih klasifikacijskih kriterija kod odraslih (Carson, Butcher i Mineka, 1996).

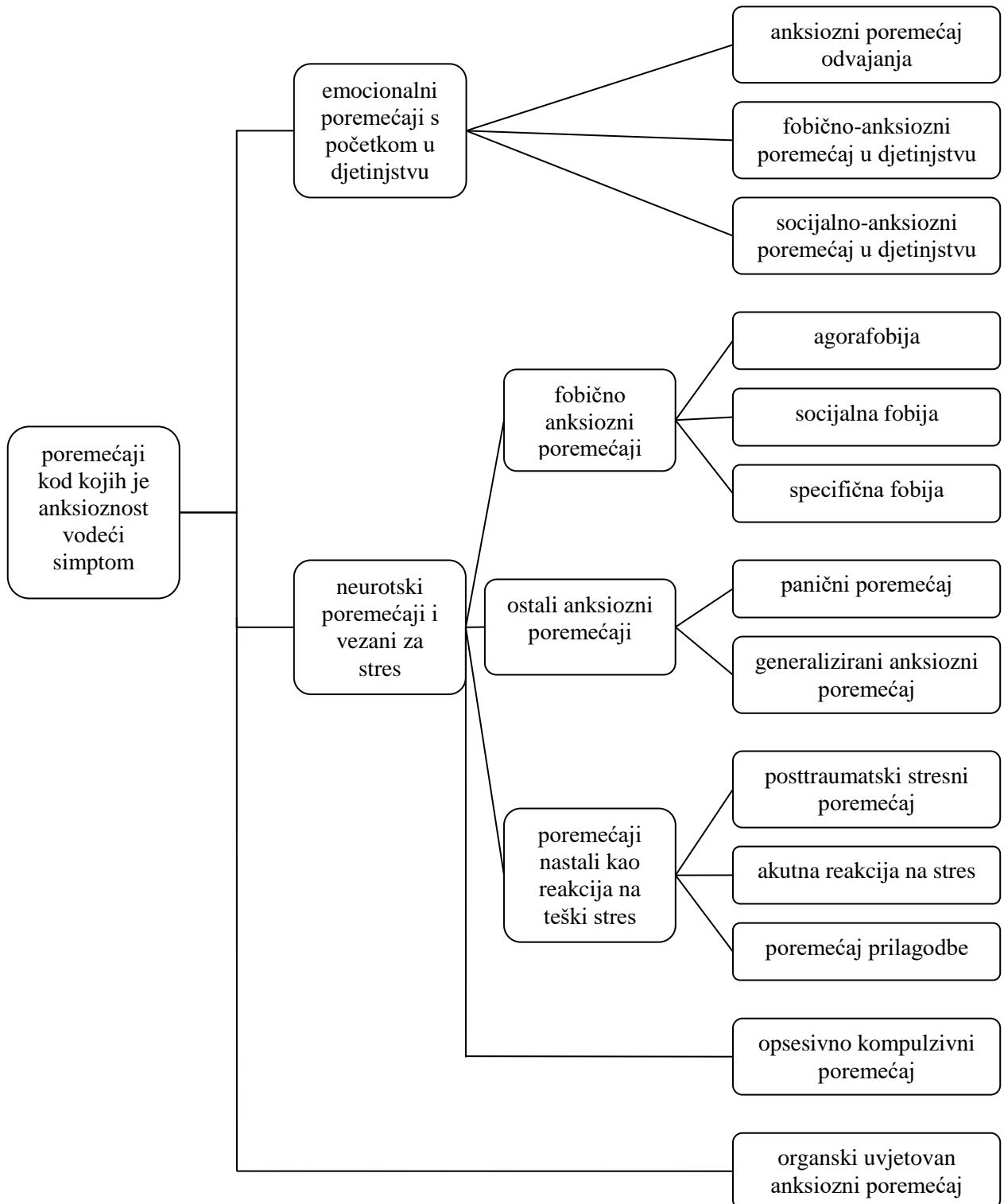
Prema dijagnostičkom klasifikacijskom sustavu Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10, 1994), koji se koristi u Hrvatskoj, djeca mogu dobiti dijagnozu jednog od 13 anksioznih poremećaja. To su: anksiozni poremećaj odvajanja, fobično-anksiozni poremećaj u djetinjstvu, socijalno-anksiozni poremećaj u djetinjstvu, agorafobija, socijalna fobija, specifična fobija, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutna reakcija na stres, poremećaj prilagodbe, opsesivno kompulzivni poremećaj i organski uvjetovan anksiozni poremećaj (prikazani na slici 3). Kod svih navedenih poremećaja glavni simptom je anksioznost koja se manifestira na kognitivnom, tjelesnom i na planu ponašanja. Sam fokus anksioznosti kod djeteta ono je prema čemu razlikujemo anksiozne poremećaje.

Prema MKB-10 (1994), razlikujemo gore navedene anksiozne poremećaje koji se pojavljuju u bilo koje doba života i emocionalne poremećaje s početkom u djetinjstvu (F93). U tu drugu skupinu ubrajamo: anksiozni poremećaj zbog separacije u djetinjstvu, fobični i socijalni anksiozni poremećaj u djetinjstvu, poremećaj sa suparništvom s bratom ili sa sestrom i drugi emocionalni poremećaji u djetinjstvu (na primjer generalizirani anksiozni poremećaj u djetinjstvu) (Begovac i Majić, 2021). Emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu odvojeni su od anksioznih poremećaja jer se radi o pojačanju normativnih, fizioloških strahova, a ne o kvalitativno različitim poremećajima. Osim toga, pretpostavlja se da se emocionalni poremećaji u djetinjstvu neće nastaviti u odrasloj dobi (Mattejat i Schulte-Markwort, 2013, Begovac i Majić, 2021).

Manifestacije najčešćih anksioznih poremećaja na različitim područjima funkcioniranja prikazane su u tablici 1.

**Slika 3**

Poremećaji u MKB-10 kod kojih je anksioznost vodeći simptom (Carr, 1999., str.405).



**Tablica 1***Manifestacije anksioznosti kod djece (Carr, 1999, str.426, 427)*

<b>Područje</b>	<b>Anksiozni poremećaj odvajanja</b>	<b>Specifična fobija</b>	<b>Generalizirani anksiozni poremećaj</b>	<b>Panični poremećaj</b>	<b>PTSP</b>
<b>Percepcija</b>	Odvajanje se doživljava kao prijetnja.	Određeni objekti, događaji ili situacije se doživljavaju kao prijetnja.	Cijela okolina doživljava se kao prijetnja. Dijete skenira okolinu tražeći opasnosti.	Panični napadi doživljavaju se kao prijetnja. Pažnja je usmjerena prema tjelesnim senzacijama.	Sve što podsjeća na traumu izaziva strah. Halucinacije mogu biti prisutne kod ponovnog proživljavanja traume.
<b>Kognicije</b>	Dijete vjeruje da će se njemu ili bliskoj osobi dogoditi nešto loše ukoliko se razdvoje.	Dijete vjeruje da će doticaj s objektom ili situacijom koja izaziva strah dovesti do katastrofe.	Dijete katastrofizira oko niza minornih dnevnih događaja.	Dijete vjeruje da panični napad može dovesti do smrti ili ozbiljne ozljede.	Povratna, nametajuća sjećanja na traumu. Dijete se trudi izbjegavati prisjećanje.
<b>Emocije</b>	Intenzivan strah ili ljutnja prije, tijekom ili nakon odvajanja.	Strah ili ljutnja ukoliko se kontakt s objektom ili situacijom koja izaziva strah iščekuje ili događa.	Konstantan srednje visoki stupanj straha, tzv. "slobodno lebdeća anksioznost".	Intenzivan strah tijekom paničnog napada, a između napada umjereni strah od ponovnog napada.	Povremene epizode intenzivnog straha ili ljutnje. Dijete se osjeća emocionalno prazno. Može biti prisutna depresija.
<b>Fiziološka pobudenost</b>	Epizode visoke pobudenosti, problemi sa spavanjem.	Epizode visoke pobudenosti, problemi sa spavanjem.	Stalna visoka pobudenost, problemi sa spavanjem.	Povremeno vrlo visoka, a stalno umjerena pobudenost. Problemi sa spavanjem.	Povremeno vrlo visoka, a stalno umjerena pobudenost. Problemi sa spavanjem.
<b>Ponašanje</b>	Izbjegava ili se protivi odvajanju. Dijete odbija ići u školu i/ili spavati samo.	Objekt straha ili ustrašna situacija se izbjegavaju.	Kad se intenziviraju brige, socijalne aktivnosti postanu ograničene.	Dijete izbjegava javna mjesta u strahu od paničnih napada i ostaje kod kuće na sigurnom (sekundarna agorafobija).	Mlađa djeca drže se roditelja, odbijaju spavati sama. Adolescenti drogama i alkoholom nastoje blokirati intruzivna sjećanja.
<b>Socijalna prilagodba</b>	Mogu biti loši odnosi s vršnjacima i slab školski uspjeh.	Problemi vezani za ustrašnu situaciju.	Mogu biti loši odnosi s vršnjacima i slab školski uspjeh.	Ukoliko se razvije agorafobija može doći do socijalne izolacije.	Može doći do socijalne izolacije ukoliko je samo ono doživjelo traumu.

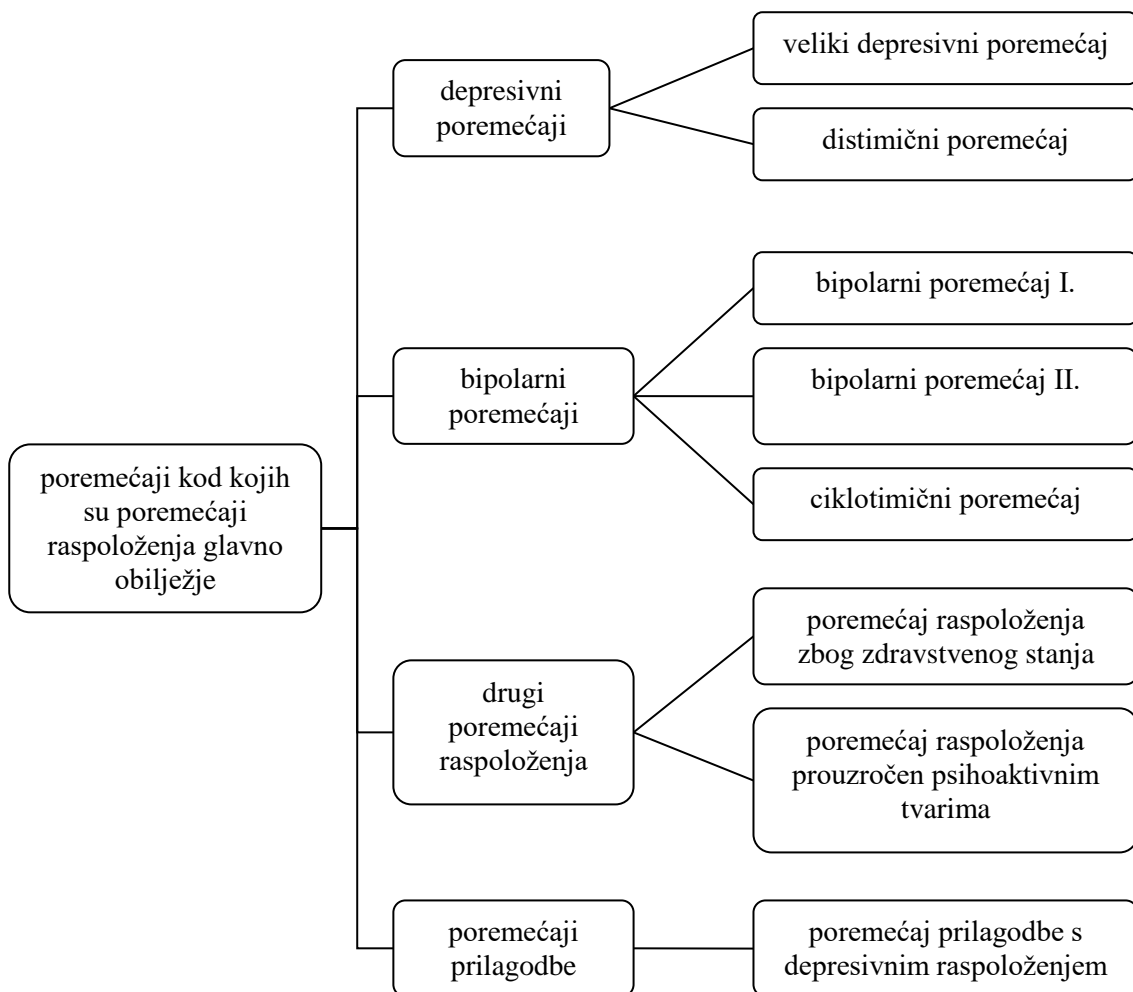


Depresivnost je emocionalno stanje kojeg karakteriziraju sljedeći osjećaji: tuga, utučenost, neraspoloženost i žalost. U dijagnostičkom smislu možemo reći da su depresivni poremećaji skupina poremećaja koje karakteriziraju: sniženo, iritabilno ili tužno raspoloženje; promjene u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (psihomotorika, kognicija, voljne i vegetativne funkcije) te oštećenje školskog, socijalnog i obiteljskog funkcioniranja.

Kako smo prikazali podjelu za anksiozne poremećaje, prikazat ćemo i podjelu za poremećaje u MKB-10 kod kojih su poremećaji raspoloženja glavno obilježje (slika 4).

#### Slika 4

*Poremećaji kod kojih su poremećaji raspoloženja glavno obilježje (Vulić-Prtorić, 2004, str. 52).*



Manifestacije depresije kod djece na različitim područjima funkcioniranja prikazane su u tablici 2.

## Tablica 2

*Manifestacije depresije kod djece (Carr, 1999, str.623)*

Područje	Obilježja
Percepcija	Usmjerenost na negativne događaje
Kognicije	Negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti Sklonost samookrivljanju Razmišljanje o samoubojstvu Kognitivne distorzije Teškoće koncentracije
Emocije	Tužno raspoloženje Nemogućnost doživljavanja ugone Razdražljivost Tjeskoba i zabrinutost
Fiziološka pobuđenost	Umor Poremećaj spavanja Bolovi Smanjen ili povećan apetit Promjene raspoloženja tijekom dana (ujutro lošije)
Ponašanje	Psihomotorna usporenost ili agitiranost
Socijalna prilagodba	Pogoršanje odnosa sa članovima obitelji Povlačenje od prijatelja Školski neuspjeh

Depresija kao poremećaj u DSM-5 (2014) i MKB-10 (1994) klasifikaciji svrstana je u grupi "Poremećaji raspoloženja" pri dijagnostici se koriste isti kriteriji za djecu i za odrasle, izuzev napomene u MKB-10 da je „atipična klinička slika česta kod depresivnih epizoda u adolescenciji“, ali ne nudi druge informacije ni pojašnjenja (MKB-10, 1994). Dijagnostički sustav MKB-10 kao kriterije za depresivni poremećaj navodi sljedeće:

Tipični simptomi su:

1. depresivno raspoloženje;
2. gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima koja pričinjavaju zadovoljstvo;
3. smanjenje energije i povećan zamor

Drugi česti simptomi su:

1. smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
2. osjećaj krivnje i bezvrijednosti, pesimističan pogled na budućnost

3. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
4. smanjena koncentracija i pažnja
5. promjena u psihomotornoj aktivnosti, agitacija ili retardacija
6. poremećen san, insomnija ili hipersomnija
7. poremećaj apetita, značajan gubitak ili porast tjelesne težine više od 5%

Ako simptomi traju kraće od 2 tjedna govorimo o kratkotrajnoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna 2 tipična i 2 druga česta depresivna simptoma riječ je o blagoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna 2 tipična i 3-4 druga česta simptoma, radi se o umjereno izraženoj depresivnoj epizodi, a kada su prisutna 3 tipična i najmanje 5-6 ostalih simptoma to je teška depresivna epizoda (MKB-10, 1994, str. 102).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje 5 (DSM-5, 2014) u depresivne poremećaje ubraja sljedeće: Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, Veliki depresivni poremećaj (jedna epizoda i ponavljajući), Perzistentni depresivni poremećaj (distimija), Predmenstrualni disforični poremećaj, Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekom, Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja te Drugi specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (mala ili subsindromalna depresija).

Za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja kod djece i adolescenata u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje 5 (DSM-5, 2014) koriste se isti dijagnostički kriteriji kao i za odrasle osobe, usprkos tome što se vodeći simptomi poremećaja mijenjaju s dobi djeteta o čemu će kasnije biti riječi. Neki simptomi jako su česti kod djece (tjelesne pritužbe, razdražljivost i socijalno povlačenje), a neki od simptoma se javljaju rijetko (psihomotorna retardacija).

Navest ćemo dijagnostičke kriterije prema DSM-5 (2014) za tri najčešća depresivna poremećaja kod djece: Veliki depresivni poremećaj, Perzistentni depresivni poremećaj i Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja.

Glavno obilježje Velikog depresivnog poremećaja jest jedna ili više depresivnih epizoda, bez anamneze maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda. Depresivna epizoda podrazumijeva razdoblje od najmanje 2 tjedna tijekom kojih je prisutno trajno depresivno, žalosno ili razdražljivo raspoloženje i/ili gubitka interesa i zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima (anhedonije), uz najmanje pet od sljedećih simptoma: promjene apetita sa značajnim gubitkom ili povećanjem tjelesne težine (kod djece nepostizanje za dob očekivanog razvoja tjelesne težine), nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana, psihomotorna agitacija ili retardacija, umor ili gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće

krivnje, smanjena sposobnost mišljenja, koncentracije ili neodlučnost, povratno razmišljanje o smrti, ponavljajuće samoubilačke ideje bez specifičnog plana, pokušaji samoubojstva ili specifični plan za izvršenje samoubojstva. Važno je da se radi o promjeni u odnosu na raniji način funkcioniranja te da su prisutne značajne poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju, a da simptomi nisu posljedica neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari ili općeg zdravstvenog stanja (DSM-5, 2014).

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja karakterizira kronična, teška, perzistentna, razvojnoj dobi djeteta nesukladna razdražljivost, manifestirana učestalim izljevima bijesa (obično kao odgovor na frustraciju; verbalni i ponašajni; prisutni barem tri puta tjedno tijekom godine dana, u barem dva okruženja) i kroničnim, perzistentnim, razdražljivim ili ljutitim raspoloženjem između epizoda izljeva bijesa gotovo svakodnevno, veći dio dana, uočljivo od ljudi iz djetetova okruženja). Početak treba biti prije 10. godine života (ne kod djece mlađe od 6 godina). Odnosi u obitelji i s vršnjacima su značajno poremećeni, a prisutan je i školski neuspjeh. Česta su opasna ponašanja, suicidalna promišljanja ili pokušaji suicida, teška agresivnost i psihijatrijske hospitalizacije. Stopa konverzije u bipolarni poremećaj je niska, a ulaskom u pubertet i u odrasloj dobi veći je rizik razvoja unipolarnog depresivnog poremećaja i/ili anksioznih poremećaja (DSM-5, 2014).

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) karakterizira kronično iritabilno ili depresivno raspoloženje koje traje veći dio dana, više dana no što nije prisutno tijekom perioda od godine dana, uz prisutnost barem dva od sljedećih simptoma: slab apetit ili pretjerano uzimanje hrane, nesanica ili hipersomnija, gubitak energije ili umor, sniženo samopoštovanje, gubitak koncentracije ili teškoće u donošenju odluka i osjećaj beznadnosti. Kod djece i adolescenata karakteristični su ljutnja, anksioznost, osjećaj nevoljenosti, somatske poteškoće, sklonost samoozljeđivanju, prkosljivost, neposluh i teškoće učenja (DSM-5, 2014).

Na isti način na koji su strahovi i anksioznost normalni tijekom odrastanja i života, tako su i tuga i depresivno raspoloženje normalna pojava tijekom odrastanja djece, a pogotovo su adolescenti često tmurnog raspoloženja (Oatley i Jenkins, 2003). Depresivnost možemo opisati kao emocionalno stanje tijekom kojeg se doživljava tuga, neraspoloženost, žalost i utučenost i to je stanje kojeg svi doživljavamo. S druge strane, depresija je puno više od povremene, blage tuge ili žalosti. Depresija je patološko stanje kod kojeg trajanje i intenzitet žalosti prelaze okvire izvora problema (Lebedina Manzoni, 2005).

Depresija kod djece, osim izraženog tužnog raspoloženja može uključivati emocionalno uzbuđenje koje se manifestira kroz psihomotorni nemir ili čak agresivnost, razdražljivost i prkos. Premda simptomi depresije kod djece variraju s obzirom na dob djeteta

možemo reći da su općenito glavni simptomi: tuga i sniženo raspoloženje, razdražljivost, nemotiviranost obično za izvršavanje školskih obaveza, a često je i izbjegavanje odlaska u školu, neuključivanje u igru, teškoće koncentracije, tjelesne pritužbe poput glavobolje i bolova u truhu. Zbog somatskih pritužbi, kao vodećeg simptoma, često se događa da dijete u više navrata bude pregledavano od strane pedijatra te da se radi niz somatskih pregleda i pretraga pa puno vremena prođe dok se prepozna da se radi o depresiji. U adolescenciji se često pojavljuje gubitak energije, sklonost samo-okrivljavanju, osjećaji beskorisnosti, bezvrijednosti i bespomoćnosti te mogu biti prisutne oscilacije u tjelesnoj težini (Begić, 2014), a može biti i izražena želja da se ode od kuće kao i da se izbjegava sudjelovanje u aktivnostima unutar obitelji (Vulić-Prtorić, 2004). Simptomi koji su također karakteristični za depresiju su i osjećaj dosade, koji je vrlo čest kod djece, nemogućnost spavanja tijekom noći, ali i pospanost danju, teškoće s ustajanjem ujutro, gubitak apetita, prekidanje s uobičajenim aktivnostima i hobijima, a mogu biti prisutna i razmišljanja o samoubojstvu (Fitch, 2001). Depresivna djeca sebe će opisati u negativnim terminima, reći će za sebe da su glupa, nesposobna, gora od drugih u svemu. Depresivna djeca govorit će monotonim glasom i bit će usporena. Depresija može biti maskirana i odstupanjima u ponašanju pa iza agresije, kršenja normi i suprotstavljanja odraslima nekad stoji depresija koja se ne prepozna (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004). Simptomi depresije otežavaju djetetovo funkcioniranje i prilagođavanje na zahtjeve koji se u svakodnevnom životu postavljaju pred dijete. Depresivni simptomi mogu se pojaviti nakon stresnog ili traumatskog događaja, ali mogu nastati i bez nekog vanjskog povoda s kojim bismo povezani djetetove simptome (Matković, 2014).

Nakon detaljnog izlaganja klasifikacijskih sustava i teorijskog okvira za dijagnostiku anksioznih i depresivnih poremećaja kod djece, u nastavku je ukratko opisan postupak dijagnostike navedenih poremećaja u ustanovi u kojoj je provedeno ovo istraživanje. U Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež rijetko koji psihijatar djetetu mlađem od 15 godina, koje ima zadovoljene kriterije za neki anksiozni poremećaj, postavlja dijagnozu tog anksioznog poremećaja. Gotovo u pravilu dijete se vodi pod dijagnozom Emocionalni poremećaj s početkom u djetinjstvu (F93) i uz nju se stavi napomena poput na primjer prevladavajuća anksiozna simptomatika ili separacijska anksioznost ili slično. Kod djece koja imaju depresivne simptome navodi se dijagnoza depresivnog poremećaja. Ukoliko su zadovoljeni kriteriji stavlja se dijagnoza Depresija (F32), na Bolničkom odjelu česta je dijagnoza Povratni depresivni poremećaj (F33), a vrlo rijetko dijete dobije dijagnozu Distimije (F34.1). Zbog navedenog je teško formirati skupine anksioznih i depresivnih

sudionika s obzirom na dijagnostičku kategoriju koju dijete dobiva nakon psihijatrijskog pregleda. Dodatni problem predstavljaju djeca s komorbidnim anksioznim i depresivnim poremećajem. Begovac i Majić (2021) ističu kako se dijagnoza mješovitog anksioznog i depresivnog poremećaja u praksi izbjegava jer je riječ o preopširnoj dijagnozi. Premda je moguće razlikovati depresiju i generalizirani anksiozni poremećaj, koji se manifestira kroz zabrinutost, autori navode kako se daje prednost depresivnom poremećaju. U slučaju blagih simptoma oba poremećaja može se dati mješovita dijagnoza. Nadalje, generalizirani anksiozni poremećaj najteže je dijagnosticirati u dječjoj dobi jer je klinička slika tog poremećaja vrlo šarolika. Djeca se više prezentiraju tjelesnim i vegetativnim simptomima, a ne kognitivnim simptomima anksioznosti. Osim toga, nije lako razlikovati realistične strahove od toga je li riječ o poremećaju, a čest je i slučaj da djeca, kao i roditelji, tjeskobu i sklonost izbjegavanju ne shvaćaju kao mogući psihički poremećaj (Begovac i Majić, 2021). Dijagnoze se u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež postavljaju prema MKB 10, a psihijatri se u dijagnostici često vode i kriterijima po DSM-5 zbog specifičnosti simptomatologije poremećaja kod djece koja se u DSM-5 više uzima u obzir. Uskoro se očekuje početak primjene MKB -11 pa ćemo vidjeti koje promjene u dijagnostici on donosi.

Još jednom treba spomenuti da klasifikacijski sustavi nedovoljno pažnje posvećuju razlikovanju simptomatologije između djece i odraslih, a jasno je da model primjeren za odrasle može značajno odstupati u primjerenosti kod djece. Zbog toga je važno psihičke poremećaje koji se javljaju u djetinjstvu i adolescenciji proučavati u kontekstu procesa sazrijevanja i razvoja djece (Vulić-Prtorić, 2001). Obzirom da se u ovom radu istražuje depresivnost u ranoj adolescenciji, detaljnije ćemo opisati manifestacije depresije u razdoblju odrastanja koje je proučavano.

Djeca u ranoj adolescenciji su školske dobi, između 10. i 12. godine te svoje depresivno raspoloženje mogu donekle verbalno izraziti, a često ga opisuju kao tugu, nezadovoljstvo, nemir ili razdražljivost ili pak kažu da im je dosadno. Djeluju tužni, usporeni, plačljivi, apatični, socijalno izolirani. Može biti prisutan školski neuspjeh, što često rezultira izbjegavanjem škole. U osnovi neuspjeha u školi često budu teškoće s koncentracijom ili pad interesa, a oboje se javlja zbog depresivnog stanja. Roditelji, a i učitelji, često kažu za depresivnu djecu da su lijena, a zapravo se radi o smanjenju voljnih dinamizama u okviru kliničke slike depresije. Može se javiti anksioznost, u prvom redu separacijska anksioznost, ali i fobije te mogu biti izražena razmišljanja o samoubojstvu, a rjeđe planovi i pokušaji. Djeca se žale na nedostatak koncentracije, razne tjelesne simptome te gubitak ili dobivanje na težini i nesanicu. Karakteristično je povlačenje od vršnjaka, jer smatraju da ih vršnjaci ne

vole, a nekad razviju veliku, čak isključivu vezanost za životinje (Shafii i Shafii, 1992; Brent, 1993; Pataki i Carson, 1995; Mirza i sur., 1996). Depresivna djeca u ovom periodu u školskoj dobi teško postižu zadovoljstvo, imaju loše odnose s vršnjacima, često ih potpuno izbjegavaju i po cijele dane igraju igrice. Sniženog su samopoštovanja, loše slike o sebi i smatraju se glupima, nesposobnima i nepopularnima. Obzirom da se dio simptoma vidi u ponašanju, često su učitelji (osobito razredne nastave koji su puno vremena s djecom) i nastavnici osobe koje prve primijete značajne promjene u funkcioniranju depresivnog djeteta (Bahls, 2002).

U adolescenciji, od 12. godine, simptomi depresije sličniji su simptomima depresije kod odraslih nego u ranijoj dobi, no i dalje možemo naći značajne fenomenološke razlike i simptome tipične za depresiju u adolescenciji. Tužno raspoloženje često nije glavni simptom, nego su depresivni adolescenti češće razdražljivi i nestabilni te mogu imati ispade bijesa i burne emocionalne reakcije prema roditeljima i vršnjacima (Bahls, 2002). Prema nekim istraživanjima čak više od 80% mladih žali se na razdražljivost i nervozu, nedostatak energije, apatičnost i gubitak interesa, usporenost, osjećaje beznadnosti i krivnje te poremećaje sa spavanjem - nemogućnost usnivanja, buđenje tijekom noći, a često je i pretjerano spavanje. Prisutne su i promjene kako u apetitu, tako i u težini te sklonost osamljivanju i nemogućnost koncentracije (Kazdin i Marciano, 1998). Ostali simptomi koje možemo izdvojiti kao karakteristične za adolescentnu dob su slabiji školski uspjeh u odnosu na ranije, sniženo samopoštovanje i samopouzdanje, razmišljanja o samoubojstvu, s tim da su u odnosu na raniju dob, u adolescenciji češće namjere i pokušaji počinjenja samoubojstva, a mogu se javiti i ozbiljni problemi na planu ponašanja, od kršenja zakona do zlouporaba sredstava ovisnosti (Brent, 1993; Ryan i sur., 1992; Pataki i Carson, 1995). Apstraktno mišljenje razvija se u periodu adolescencije i dovodi do drugačijeg razumijevanja pojmova pa tako mladi često budu okupirani smrću, a time i razmišljanja o samoubojstvu budu češća nego ranije. Više razmišljaju o vlastitoj beskorisnosti i bespomoćnosti te imaju dojam kako će se zauvijek tako osjećati. Sve to povećava broj pokušaja i izvršenja samoubojstava u periodu adolescencije zbog čega je i klinička slika depresije u periodu adolescencije izrazito teška. U Hrvatskoj mladi godišnje počine oko 25 samoubojstava što odgovara veličini jednog razreda. Uvidom u Bolnički informacijski sustav (BIS, 2022) Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež dobiva se podatak da je prije pandemije broj prijema na Bolnički odjel bio godišnje 730 djece, od kojih je 37 primljeno zbog ozbiljnog pokušaja suicida. Nakon pandemije broj pokušaja suicida značajno raste pa je tako u 2021. ukupno hospitalizirano 768 djece od kojih je 55 primljeno zbog ozbiljnog pokušaja suicida. Prije pandemije broj visoko suicidalno rizične djece iznosilo je oko 25% (oko 200 djece) koja su primljena, dok je nakon pandemije taj broj gotovo

udvostručen.

Možemo zaključiti da je depresija povezana s nizom problema mentalnog zdravlja i problema ponašanja te značajno otežava socijalno funkcioniranje (Angold i sur., 1999; Harrington i Dubicka, 2001; Jaycox i sur., 2009). Za kraj ovog dijela izdvojiti ćemo smjernice koje se daju liječnicima kako određena doživljavanja i ponašanja ne bi smatrali uobičajenim i normalnim za period adolescencije, već da ih gledaju kao znakove upozorenja da se radi o depresivnom adolescentu. To su stanja razdražljivosti ili dugog ili pretjeranog depresivnog raspoloženja, dugi periodi socijalnog izoliranja ili iskazivanja neprijateljskih reakcija prema roditeljima, braći i sestrama ili vršnjacima, gubitak motivacije za školu ili izraziti pad školskog uspjeha, izbjegavanje aktivnosti u kojima sudjeluje više ljudi, zlouporaba sredstava ovisnosti, bijeg od kuće, promiskuitetna i kriminalna ponašanja (Sadler 1991).

### *1.2.1 RAZLIKE U KLINIČKOJ SLICI S OBZIROM NA DOB I ROD*

Izraženost depresivnosti ovisi i o dobi i o rodu. Na prijelazu iz srednjeg djetinjstva u adolescenciju prevalencija za razvoj depresije raste na 8%, i dolazi do obrata u rodnom razlikama u dobi 11 do 12 godina pa tada češće pogađa djevojke, u omjeru 5 naprema 1 u usporedbi s dječacima, premda su nalazi istraživanja nekonzistentni pa se negdje dobije omjer 2 naprema 1, karakterističan za rodne razlike u depresiji kod odraslih (Hammen i Rudolph, 2003). Meta-analizu istraživanja depresije kod djece proveli su Twenge i Noel-Hoeksema (2002) uključivši preko 300 uzoraka (ukupno 43 916 djece, od toga 21 016 dječaka i 22 900 djevojčica). Rezultati su pokazali kako su simptomi depresije kod djevojčica uglavnom stabilni do dvanaeste godine, a nakon toga počinju rasti, dok su kod dječaka i dalje stabilni i općenito niži nego kod djevojčica.

Depresija više pogađa djevojčice nego dječake, nalaz je koji potvrđuju mnoga istraživanja (Beesdo i sur., 2009; Beesdo-Baum i Knappe, 2012; Caouette i Guyer, 2013). Meta-analize pokazuju da se tijekom adolescencije rizik od depresije kod djevojčica udvostručuje u odnosu na dječake. Rodne razlike u simptomima i dijagnozama koje dosežu vrhunac u srednjoj i kasnoj adolescenciji, traju ostatak života (Salk i sur., 2017). Rodne razlike u depresivnosti postaju osobito izražene u periodu adolescencije. Nekoliko je objašnjenja u podlozi tih razlika. Biološki činitelji mogu biti u osnovi veće učestalosti depresije kod djevojčica. Tijekom puberteta dolazi do velikih hormonalnih promjena koje rezultiraju razlikama u doživljaju sebe.

Veća učestalost depresije kod djevojčica nalaz je koji se istraživanjima dobiva u



različitim kulturama zbog čega je rod opisan kao jedan od najjačih čimbenika rizika za obolijevanje od depresije (Sund i sur., 2011). Različite teorije nastoje objasniti rodnu razliku u depresiji. Predloženo je nekoliko hipoteza koje podržavaju biološku osnovu i uključuju ulogu hormona, os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda kao i imunološku funkciju koje mogu biti u osnovi rodni razlika. Druge teorije objašnjenje razlika nalaze u sociokulturnim čimbenicima (Sund i sur., 2011).

U objašnjavanju rodni razlika "teorija društvenih rodni uloga" (eng. *social gender role theory*) pripisuje jaku neravnotežu u većoj učestalosti depresije kod žena društvenom statusu žena u različitim kulturama i povijesnim razdobljima. Temelji se na "ženskoj ulozi" koja podrazumijeva pasivnost, vezanost uz tijelo, ranjivost, plahost, ugodnost i ljubaznost. Zbog te uloge žene doživljavaju kroničan stres i koriste ruminaciju kao mehanizam suočavanja, čime postaju ranjivije za razvoj poremećaja raspoloženja (Wang i sur., 2016.; Maji, 2018.). Rodne uloge prisutne su kao obrasci ponašanja od djetinjstva, ali razlike između dječaka i djevojčica postaju više naglašene u adolescenciji zbog društvenog pritiska da se ispune očekivane rodne uloge (Anyan i Hjemdal, 2018).

Vrlo visoka sklonost brizi za druge može navesti djevojke da preuzmu odgovornost za probleme drugih, što može imati za posljedicu visoke razine krivnje i tuge te može dovesti do razvoja depresije (Zahn-Waxler i sur., 2005). Zabrinutost i preosjetljivost predstavljaju afektivne simptome anksioznosti koji mogu biti više prisutni kod djevojaka nego kod mladića (Chaplin i sur., 2009). Istraživanje Chaplina i suradnika (2009) pokazalo je kako sklonost zabrinjavanju i preosjetljivost predviđaju kasniji razvoj depresivnih simptoma kod djevojaka, ali ne i kod mladića. Dobiveni nalazi upućuju na važnost pružanja pomoći preosjetljivim djevojkama i onima sklonim zabrinjavanju kako bi se prevenirao razvoj depresije u adolescenciji. Isto istraživanje pokazalo je da tjelesni simptomi anksioznosti predviđaju kasniji razvoj depresivnih simptoma i kod dječaka i kod djevojaka.

U svim dijagnostičkim klasifikacijama dob se uzima kao jako široka kategorija, a rodne razlike gotovo u pravilu se zanemaruju, a u ovom poglavlju opisali smo koliko se one često javljaju zbog čega su vrlo važne (Rutter i Sroufe, 2000). U našem istraživanju usmjerit ćemo se na ispitivanje rodni razlika kod djece koja imaju izražen anksiozni ili depresivni poremećaj upravo kako bismo i mi testirali nalaze gore navedenih studija.

### 1.3 EPIDEMIOLOGIJA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE

Dugo vremena dječji su poremećaji bili zanemarevani. Kada su prepoznati kao važni i kada su dobili pažnju kakvu i zaslužuju, ustanovilo se da prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije između 10 i 20 % djece ima neki od poremećaja mentalnog zdravlja, a 50 % psihijatrijskih bolesti nastane već do vremena adolescencije (Kessler i sur., 2005). Zbog toga ne čudi činjenica da je većina poremećaja kod odraslih imala početak u djetinjstvu, no oni nisu tada prepoznati niti tretirani. Osim toga, u razdoblju adolescencije dolazi do povećane sklonosti za pojavljivanje psihičkih poremećaja, a oni koju se se već javili postaju očitiji (Begovac, 2021).

Prevalencija znači proporcija populacije koja u određenom razdoblju ima neki poremećaj. Prevalencija psihijatrijskih poremećaja kod djece, posebno u zapadnim društvima, procjenjuje se na između 15 i 22% (Oatley i Jenkins, 2003). Rezultati istraživanja mogu varirati zbog različitih kriterija za procjenu prisutnosti poremećaja, na primjer procjene stupnja teškoća koje uzrokuje poremećaj (Oatley i Jenkins, 2003). Istraživanja anksioznih poremećaja provode se na kliničkim skupinama djece i na općoj populaciji djece. Epidemiološka istraživanja koja se provode na općoj populaciji, očekivano pokazuju niže stope javljanja anksioznih poremećaja u usporedbi s istraživanjima na kliničkim uzorcima jer je anksioznost čest simptom u kliničkim slikama djeca s psihičkim poremećajem i otežava svakodnevno funkcioniranje djeteta pa se ono i javilo za pomoć u ustanovu na liječenje (Albano i sur., 2003). Preračunamo li postotke prevalencija psihijatrijskih poremećaja kod djece na razinu jednog prosječnog razreda od 25 učenika, svako peto dijete ima značajno izražene simptome psihičkog poremećaja, a od tih petero učenika s psihičkim poremećajem samo će jedan biti prepoznat i dobiti će tretman koji mu treba, jer prema nalazima istraživanja samo 10 do 30% djece bude uključeno u terapiju i dobije pomoć (Esser, 1999). U svijetu se taj zabrinjavajući omjer često navodi ili kao „jedan od pet“ ili kao „problem 20/20“ što označava da je kod 20% djece prisutan problem mentalnog zdravlja, a od svih njih, samo će ih 20% dobiti potrebnu pomoć (APA, 2022). Pregledom 87 istraživanja prevalencije anksioznih poremećaja iz 44 države, objavljenih između 1980. i 2009. Baxter i sur. (2013) istaknuli su kako je prevalencija anksioznih poremećaja 7.3%, dok se prevalencija depresivnih poremećaja kreće od 0.1% kada su djeca mlađa od 12 godina, do 4% za dob od 12 do 17 godina (Polanczyk i sur. 2015).

### *1.3.1 EPIDEMIOLOGIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA*

Anksiozni poremećaji su među najčešćim problemima mentalnog zdravlja u djece i adolescenata, sa stopom prevalencije od 7% u epidemiološkim studijama (Ghandour i sur., 2019). Različite vrste anksioznih poremećaja pogađaju djecu tijekom razvoja. Fobije i separacijska anksioznost karakteristični su za mlađu djecu, a socijalna anksioznost više je karakteristična za kasniji period kada su odnosi sa vršnjacima važniji (Merikangas i sur., 2010). Gotovo svaki treći adolescent (31.9%) do svoje punoljetnosti zadovoljit će kriterije za anksiozni poremećaj, a pri tome je prevalencija za poremećaje sljedeća: jednostavna fobija 19.3%, socijalna fobija 9.1%, separacijska anksioznost 7.6%, PTSP 5%, panični poremećaj 2.3% i generalizirani anksiozni poremećaj 2.2% (Merikangas i sur., 2010).

Anksiozni poremećaji pokazuju „U“ distribuciju kroz dob, s visokom prevalencijom anksioznih poremećaja tijekom djetinjstva, koja se smanjuje u ranoj adolescenciji i povećava se tijekom srednje i kasne adolescencije (Copeland i sur., 2014). Većina anksioznih poremećaja povezanih sa zabrinutosti također počinje u srednjoj do kasnoj adolescenciji. To su sljedeći poremećaji: socijalna anksioznost, panika, generalizirani anksiozni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaji rastu u dobi od 13-18 godina, a kod djevojčica se ti poremećaji također dijagnosticiraju 2 do 3 puta češće nego kod dječaka (Hankin i sur., 1998; Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994; Saluja i sur., 2004). Generalizirani anksiozni poremećaj i separacijska anksioznost učestaliji su od predškolske do školske dobi, dok socijalna anksioznost i specifične fobije ostaju iste. Prijelaz iz vrtića u školu stresan je djeci i može kod djece izazvati osjećaje potencijalne opasnosti ili prijetnje, a time i tjeskobu (Nelemans, Hale, Branje, Meeus i Rudolph, 2018). U longitudinalnom istraživanju Ahlen i Ghaderi (2020) pokazali su da se generalizirana anksioznost manifestira kao separacijska anksioznost u mlađoj dobi, a kao generalizirana anksioznost u kasnijoj dobi.

Jedno od desetero djece imalo je anksiozni poremećaj barem jednom između 4 i 14 godina. Specifična fobija i generalizirani anksiozni poremećaj bili su najzastupljeniji poremećaji, oba u porastu s dobi. Istraživanje Steinsbekka i sur. (2022) prvo je koje opisuje razvoj simptoma i anksioznih poremećaja od predškolske dobi do adolescencije. Analize na razini pojedinca otkrile su da simptomi anksioznosti u godinama ranog djetinjstva ne predviđaju kasniju anksioznost, osim za specifične fobije koje povećavaju rizik od kasnijeg generaliziranog anksioznog poremećaja. Nasuprot tome, manja je vjerojatnost da će simptomi generaliziranog anksioznog poremećaja, separacijske anksioznosti i specifične fobije u srednjem djetinjstvu nestati, a simptomi generaliziranog anksioznog poremećaja povećavaju

rizik i od separacijske anksioznosti i specifičnih fobija. Srednje djetinjstvo bi stoga moglo biti posebno važno doba za prevenciju i liječenje (Steinsbekk i sur., 2022).

U longitudinalnom istraživanju Finsaas i sur. (2018) bilježene su prevalencije psihičkih poremećaja od predškolske dobi, kad su djeca imala 3 godine, kroz srednje djetinjstvo, u dobi od 9 godina do adolescencije u dobi od 12 godina. U cijelom uzorku 554 djece, u predškolskoj dobi i u srednjem djetinjstvu 12.4% djece zadovoljilo je kriterije za psihički poremećaj, njih 12.9% u predškolskoj dobi i u ranoj adolescenciji, a njih 9% u sve tri točke vremena. Kao što je također utvrđeno u ovom ispitivanju, generalizirani anksiozni poremećaj bio je najčešći anksiozni poremećaj od adolescencije nadalje. Prevalencija depresije u istom istraživanju iznosila je za dob od 3 godine 1.7%, za dob od 9 godina 1.8%, a kod djece u dobi od 12 godina iznosila je 6.2% (Finsaas, 2018). Relativno niska ukupna stopa utvrđena u ovom ispitivanju vjerojatno je posljedica niske prevalencije anksioznosti prije 10. godine, umjereno visoke prevalencije u dobi od 10 do 14 godina u kombinaciji s umjereno visokom stabilnošću od 10. godine. S obzirom na pojedinačne dijagnoze, specifična fobija bila je najzastupljeniji poremećaj u ovom dobnom rasponu, dok su Copeland i sur. (2014) izvijestili da je generalizirani anksiozni poremećaj najčešći poremećaj tijekom razdoblja njihova istraživanja. Ova se razlika može objasniti činjenicom da je potonje istraživanje obuhvatilo raspon dobi od 9 do 26 godina. Treba napomenuti, međutim, da su stope prevalencije kod Finsaas i sur. (2018) za različite poremećaje bile niže u usporedbi s onima utvrđenim u nekim prethodnim istraživanjima. Na primjer, u The Great Smokey Mountain Studyu dobi od 9 do 12 godina prevalencija separacijskog anksioznog poremećaja bila je 4 do 5% (Copeland i sur., 2014). U istraživanju Spencea i sur. (2018) kod djece u dobi od 4 do 17 godina prevalencija socijalnog anksioznog poremećaja iznosila je 2.3%, separacijske anksioznosti 4.3%, a generaliziranog anksioznog poremećaja 2.2%.

Steinsbekk i sur. (2022) pronašli su vrlo male rodne razlike u stopama prevalencije anksioznih poremećaja u djetinjstvu, ali u dobi od 14 godina djevojčice su imale veću vjerojatnost da će imati generalizirani anksiozni poremećaj, specifičnu fobiju i socijalni anksiozni poremećaj od dječaka. To je u skladu s prethodnim istraživanjima koja pokazuju da do kasnog srednjeg djetinjstva rodne razlike gotovo da i ne postoje, dok su između 13. i 15. godine utvrđene rodne razlike u emocionalnim poremećajima (Nelemans i sur., 2018). Rodne razlike nastoje se objasniti biološkim (npr. pubertet), psihološkim (npr. emocionalna regulacija) i socijalnim faktorima (npr. socijalna isključenost).

U istraživanjima rodni razlika u anksioznosti uobičajen je nalaz da u svakoj dobi djevojčice imaju veći broj strahova i više izraženu anksioznost, nego dječaci. Međutim,

djevojčice se razlikuju od dječaka u pogledu fokusa strahova. Svi anksiozni poremećaji javljaju se češće kod djevojčica nego kod dječaka pa su prema tome prevalencije s obzirom na rod: socijalna fobija (11.2% djevojčice, 7% dječaci), jednostavna fobija (22.1% djevojčice, 16.7% dječaci), panični poremećaj (2.6% djevojčice, 2% dječaci), PTSP (8% djevojčice, 2.3% dječaci), separacijska anksioznost (9% djevojčice, 6.3% dječaci) (Merikangas, 2010). Anksioznost i panični poremećaj mijenjaju se s dobi od podjednake prisutnosti i kod dječaka i kod djevojčica u ranoj dobi do veće učestalosti kod djevojčica u omjeru 2:1 (Paus, 2008).

Meta-analiza Levy i sur. (2021) pokazuje da su stope recidiva kod kognitivno bihevioralne terapije za djecu s anksioznim poremećajem relativno niske i iznose 8% u svim studijama, što govori u prilog učinkovitosti kognitivno bihevioralnim intervencijama u liječenju djece s anksioznim poremećajem.

### *1.3.2 EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIJE*

Depresija je vrlo česta u adolescenciji. Prevalencije depresije na svjetskoj razini među djecom i adolescentima iznose 2.6% za bilo koji depresivni poremećaj (Polanczyk i sur., 2015). Iako su anksiozni poremećaji češći, depresivni poremećaji uzrokuju veću patnju i onesposobljenost, odnosno više otežavaju svakodnevno funkcioniranje i dnevne aktivnosti (Ormel i sur., 2015; Lokkerbol i sur., 2013; Salomon i sur., 2015), što je još više izraženo kada je depresija praćena suicidalnim idejama (van Ballegooijen i sur., 2019). Procjenjuje se da je 2.9 milijun adolescenata u dobi od 12 do 17 godina u Sjedinjenim Američkim Državama imalo barem jednu veliku depresivnu epizodu u 2019. godini što predstavlja 12.0% stanovništva te dobi Sjedinjenih Američkih Država (NIMH, 2022).

Utvrđeno je da depresivni poremećaji progresivno rastu u prijelazu iz djetinjstva u kasnu adolescenciju, pokazujući linearni obrazac koji je izraženiji u žena (Hankin i sur., 2015). Prevalencija depresije u adolescenciji značajno raste, pogotovo u periodu rane adolescencije (Erskine i sur., 2015; Ormel i sur., 2015; Solmi i sur., 2021). U dobi od 14 godina oko 3.1% mladih u općoj populaciji razvilo je depresivni poremećaj (Solmi i sur., 2021).

Istraživanje Breslau i sur. (2017) koristilo je podatke iz šest uzastopnih godina (2009. – 2014.) nacionalnog istraživanja o adolescentima u Sjedinjenim Američkim Državama u dobi od 12 do 17 godina (ukupno 101 685 ispitanika) kako bi se ispitale rodne razlike u incidenciji depresije ovisno o dobi. Temeljeno prvenstveno na longitudinalnim istraživanjima dobiveni su nalazi koji su pokazali da se rodne razlike u prevalenciji depresije prvi put

pojavljuju u dobi između 12 i 15 godina. Pokazalo se da je rodna razlika u incidenciji značajna u dobi od 12 godina (5.2% kod djevojčica naspram 2.0% kod dječaka), a značajno je veća u dobi od 13 do 17 godina nego u dobi od 12 godina (Breslau, 2017). Životna prevalencija depresije u uzorku bila je 8% među muškarcima i 20.2% među ženama.

Longitudinalna istraživanja depresivnih poremećaja pokazuju njihovu stabilnost u vremenu i često ponovno javljanje depresije. Kod osoba koje su u djetinjstvu bile depresivne, prisutna je znatno veća vjerojatnost da i u odrasloj dobi budu depresivne, u usporedbi s osobama koje nisu imale simptome depresije u djetinjstvu (Harrington i sur., 1990). Ne samo depresivni poremećaj nego već i prisutnost nekih simptoma depresivnosti za vrijeme adolescencije dovodi do povećanja rizika za razvoj depresivnog poremećaja u odrasloj dobi (Epkins i Heckler, 2011; Jonsson i sur., 2011). Longitudinalnim praćenjem skupine djece u dobi od 8 do 13 godina nakon prve depresivne epizode, u razdoblju od dvije godine nakon oporavka, poremećaj se vratio ponovno kod 40% djece (Kovacs i sur., 1989). Ovi nalazi upućuju na to da je važno na vrijeme prepoznati depresivne simptome, što nije jednostavno jer se, kako je ranije navedeno, kliničke slike depresije značajno razlikuju s obzirom na dob djece kao i kada uspoređujemo kliničke slike djece i odraslih.

Zbog toga što djeca često ne znaju niti ne mogu izraziti svoja unutarnja emocionalna stanja, depresija slovi kao jedan od najviše neprepoznatih i neliječenih problema mentalnog zdravlja, a s obzirom na to da je depresija povezana s rizikom od samoubojstva, neprepoznavanje depresije na vrijeme može imati tragične posljedice (Saluja i sur., 2004). Zabrinjava podatak da je stopa samoubojstava među tinejdžerima porasla tri puta u posljednjih 50 godina (Saluja i sur., 2004).

U godinama pandemije bilježi se značajno povećanje psihičkih problema kod mladih, a osobito povećanje u vidu anksioznosti i depresije.

Pregled istraživanja pokazao je da je COVID-19 uzrokovao psihološke probleme poput straha, zabrinutosti, ADHD-a i usamljenosti kod djece i adolescenata, što je dodatno narušilo psihičko zdravlje ove ranjive skupine (Samji i sur., 2022).

Prije pandemije COVID-19, stope klinički značajne generalizirane anksioznosti i simptoma depresije u velikim kohortama mladih bile su približno 11.6% (Tiirikainen i sur., 2019) i 12.9% (Lu, 2019, Hollenstein i sur. 2021). U meta-analizi 29 studija koje su uključile 80 879 mladih diljem svijeta (Racine i sur., 2021.), objedinjene procjene prevalencije klinički povišene depresije i anksioznosti kod djece i adolescenata bile su 25.2% odnosno 20.5%. Prevalencija simptoma depresije i anksioznosti tijekom COVID-19 udvostručila se u

usporedbi s procjenama prije pandemije, a stope prevalencije bile su veće kada su prikupljene kasnije tijekom pandemije, kod starijih adolescenata i kod djevojčica (Racine i sur., 2021). Povećanja emocionalnih poteškoća kod djece nakon pandemije, kao i povećanje broja pokušaja suicida, bilježe se i u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež u Zagrebu (BIS, 2022). Istraživanje dječjih iskustva za vrijeme pandemije provedeno je u sklopu istraživačkog projekta “Kako smo? Život u Hrvatskoj u doba korone” Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (2020) pokazalo je kako svaki peti dječak (21,6%) i svaka treća djevojčica (37%) ima teškoće psihičkog zdravlja. Psihičko zdravlje starije djece i djevojčica bilo je više ugroženo nego psihičko zdravlje mlađe djece i dječaka, pri čemu su razlike između djevojčica i dječaka rasle s dobi. Navedene dobne i rodne razlike dobivene su na svim korištenim mjerama psihičkog zdravlja - u razini opće psihičke uznemirenosti, pogledu na svijet, stupnju zabrinutosti za vlastitu budućnost i zadovoljstvu životom. Starija djeca i djevojčice imali su više simptoma narušenog psihičkog zdravlja, pesimističniji pogled na svijet, više su bili zabrinuti za vlastitu budućnost i manje su bili zadovoljni životom nego što su to bila mlađa djeca i dječaci. Djevojčice su izvijestile i o više teškoća spavanja od dječaka. U istraživanju Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, rezultati probira mentalnog zdravlja godinu dana nakon potresa i pandemije pokazali su kako je kod 1 od 10 djece (9%) prisutna značajna anksiozna i/ili depresivna simptomatologija, koja nadilazi razinu neugodnih emocionalnih iskustava koju bismo smatrali očekivanom za dob. Svako sedmo dijete (15%) suočavalo se sa značajnom razinom simptoma posttraumatskog stresa, odnosno promjena emocionalnosti i ponašanja koja se javljaju kao posljedica iskustva koje može biti opisano kao traumatično. Nisu nađene razlike između djece u osnovnim i srednjim školama, ali se pokazalo da su djevojčice u većem riziku, odnosno da su češće od dječaka pokazivale povišene razine anksioznosti i/ili depresivnosti i posttraumatski stress (Buljan Flander i sur., 2021).

#### **1.4 KLINIČKA PROCJENA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE KOD DJECE**

Anksioznost možemo procjenjivati na svim segmentima njezine pojavnosti – na planu ponašanja, u subjektivnoj procjeni i na osnovi fizioloških pokazatelja. U procjeni anksioznosti, od tehnika, najčešće koristimo klinički intervju, upitnike i opažanje. Kliničkim intervjuom možemo prikupiti podatke o djetetovim strahovima i doživljavanju određenih situacija. Detaljno ispituje situacije u kojima se strah i anksioznost javljaju, što im

prethodi, koliko se često anksioznost javlja i kojim intenzitetom, na koje se sve načine manifestira. Upitnici nam omogućuju da propitamo velik spektar situacija koje mogu biti ustrašne, velik broj simptoma koji može biti prisutan te čestinu i intenzitet reakcija koje ustrašne situacije izazivaju. Promatranjem djeteta u određenim situacijama možemo prepoznati obrasce ponašanja karakterizirane anksioznošću, a ta ponašanja možemo bilježiti u unaprijed razrađene liste.

Za procjenu anksioznosti djeteta važno je pitati roditelje, no svakako je važno pitati dijete za njegovu subjektivnu procjenu. Roditelji obično na pitanje boji li se njihovo dijete nečega često kažu „ne“ ili navedu nešto konkretno čega se dijete boji pa kažu na primjer da se boji pauka. Roditelji rijetko prepoznaju, a još rjeđe spomenu u intervjuu da se dijete boji ruganja vršnjaka, da se dijete boji da će se njima nešto dogoditi ili da će ono oboljeti od neke bolesti. Tome je razlog upravo to što dijete „drži“ u sebi svoje strahove i strepnje, a nekad niti u intervjuu nije spremno otvoreno ih priznati.

Od kliničkih intervjua može se izdvojiti Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji – IDP (Vulić-Prtorić, 2018). radi se o polustrukturiranom intervjuu napravljenom za prikupljanje anamnestičkih podataka i procjenjivanje trenutačnih i prošlih epizoda psihopatologije u djece i adolescenata prema kriterijima DSM-V klasifikacije. Prvi dio, anamnestički intervju, započinje pitanjima o osnovnim podacima o djetetu koji se prikupljaju iz razgovora s roditeljima ili djetetovim skrbnicima. Drugi dio, dijagnostički intervju, sadrži pitanja o simptomima 16 psihičkih poremećaja s kojima se psiholozi najčešće susreću u radu s djecom i adolescentima (Vulić-Prtorić, 2018).

Najčešće korištene skale samoprocjene anksioznih simptoma su: Revidirana skala manifestne anksioznosti kod djece (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale – RCMAS*) (Reynolds i Richmond, 1985.), Upitnik anksioznosti kao stanja i kao osobine ličnosti (*State-Trait Anxiety Scale for Children – STAIC*) (Spielberger i sur., 1973), koji je korišten u ovom istraživanju i Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62; Vulić-Prtorić, 2004). STAIC Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (STAIC), namijenjen je za djecu od 9 do 12 godina. Sadrži 40 čestica (20 čestica u ljestvici anksioznosti kao stanja i 20 čestica u ljestvici anksioznosti kao osobine ličnosti). Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62) namijenjena je ispitanicima u dobi od 10 do 18 godina. Sadrži 61 tvrdnju plus 1 pitanje otvorenog tipa, podijeljenih u 8 subskala: ispitne anksioznosti, separacijske anksioznosti, socijalne anksioznosti, anksiozne osjetljivosti/paničnih napada/agorafobije, opsesivno-kompulzivnih simptoma, zabrinutosti, somatizacije i specifičnih strahova i fobija. Zbog često visoke povezanost s anksioznošću, često se koristi i



Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS) koji sadrži listu od 35 tjelesna simptoma te 3 dopunska pitanja. Svaki simptom u PSS procjenjuje se na skali učestalosti i skali subjektivne procjene ometanja. Sadrži 7 skupina simptoma: Pseudoneurološki, Kardiovaskularni, Muskulatorni, Respiratorni, Gastrointestinalni, Dermatološki, Bol/umor. Postoji verzija za dijete, roditelje i liječnika (Vulić-Protić, 2019).

Fiziološki pokazatelji anksioznosti poput pulsa, krvnog tlaka, otkucaja srca, mišićne napetosti i znojenja obično se koriste u eksperimentalnim situacijama. Eksperimenti za istraživanje strahova obično se sastoje od induciranja raspoloženja pa se na primjer djetetu prezentira stvarni podražaj koji izaziva strah ili mu se ustrašni podražaj verbalno opiše ili slikovno prikaže. Zbog složenosti ovih situacija, ali i etičnosti ovakvih eksperimenata, fiziološke mjere anksioznosti ne koriste se često kod djece.

U istraživanju socijalne anksioznosti naglašava se važnost mjerenja fiziološkog uzbuđenja. Do sada su provedena eksperimentalna istraživanja kod djece sa socijalnom anksioznosti, a u ispitivanju fiziološke pobuđenosti korišten je standardizirani test stresne socijalne situacije (*Trier Social Stress Test for Children-C*; TSST-C) (Asbrand i sur., 2022.).

Djeca sa socijalnom anksioznosti pokazala su smanjenu reaktivnost otkucaja srca u usporedbi sa zdravom djecom. Nadalje, djeca sa socijalnom anksioznosti imala su povišene razine simpatičkog uzbuđenja odmjerene razinom vodljivosti kože u usporedbi sa zdravom djecom. Djeca sa socijalnom anksioznosti pokazala su niže parasimpatičko uzbuđenje tijekom početne vrijednosti u usporedbi sa zdravom djecom (Asbrand i sur., 2022.).

U pregledu 28 studija o fiziološkim pokazateljima socijalne anksioznosti u djetinjstvu (Siess i sur., 2014.), autori zaključuju da se promjene autonomne reaktivnosti javljaju u dva uvjeta: tijekom i prije intenzivnih laboratorijskih socijalnih stresnih situacija te ako se procjenjuje niz parametara pobuđenosti.

Nedavna meta-analiza Seddon i sur., (2020) uputila je na važnost variranja varijabli kod primjene TSST-C-a. Pokazatelji fiziološke pobuđenosti (otkucaji srca i promjene u otkucajima srca) ovisili su o dobi djece, vrsti zadataka, broju sudaca i trajanju testa. Reaktivnost na stres smanjuju se s dobi (Seddon i sur., 2020), a fiziološki odgovori su jači ako TSST-C traje dulje (u usporedbi od 6 do 25 minuta) i ako je prisutno više sudaca.

Osnovi problem kod procjenjivanja anksioznosti je u tome što mjere ponašajne, subjektivne i fiziološke komponente ne pokazuju visok stupanj korelacije. Nadalje, pri procjenjivanju anksioznosti kod djece, djeca redovito navode mnogo više strahova od njihovih roditelja (Wenar, 2002.). Dijete će u upitnicima izvještavati o nizu drugih strahova koje roditelji često nisu svjesni da dijete ima, a to strahovi: od loše ocjene, reakcije roditelja

na lošu ocjenu, ruganja od strane vršnjaka i dr.

U procjeni depresije od tehnika također se najčešće koristi klinički intervju, upitnici i opažanje. Podatci se prikupljaju i od roditelja i od djeteta kako bi se dobio što bolji uvid u depresivnu simptomatologiju kod djeteta.

Kliničkim intervjuom, kao i kod anksioznosti, možemo dobiti informacije o djetetovom doživljavanju sebe i svojih problema; o tome kakve ima tegobe, stresove i simptome te o tome kako funkcionira i kako doživljava svoju okolinu. I u slučaju depresije, skale samoprocjene vrlo su važne jer djetetu olakšavaju uvid, iznošenje i opis osjećaja: tuge, beskorisnosti, razdražljivosti, bezvrijednosti, krivnje, zapravo svega što se često ne primjećuje u ponašanju. O simptomima depresije na planu ponašanja, kao što je svadljivost, pojačan ili smanjen apetit i problemi sa spavanjem, više će govoriti roditelji nego adolescenti jer njih to ne muči, a roditelji takve promjene primijete. Možemo reći da su djeca više usmjerena na doživljavanje, na svoja unutrašnja stanja i osjećaje, a roditelji i okolina je više svjesna vanjskih simptoma depresije koji se ispoljavaju na planu ponašanja. Opažanje djeteta može dati informacije o djetetovom odnosu s drugima, o prevladavajućim osjećajima i njihovom izražavanju.

Najčešće korištene skale samoprocjene simptoma depresije kod djece su: Dječja skala depresije (*Children's Depression Inventory*, CDI, Kovacs, 1992; Milling, 2001) koji je korišten u ovom istraživanju. Često se u inozemnim istraživanjima koristi i skala RADS – *Reynolds Adolescent Depression Scale* (Reynolds, 1987; Milling, 2001). U Hrvatskoj se često uz već spomenuti CDI koristi i Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD; Vulić-Prtorić, 2003). Inventar depresivnosti za djecu, CDI, je modifikacija Beckove skale depresije za odrasle. Sastoji se od 27 grupa od po 3 čestice koje pokrivaju široki raspon „vidljivih“ simptoma depresije kod djece kao što su tuga, poremećaj sna i apetita te suicidalne ideje. Unutar svake grupe varira se jedan simptom depresivnosti, a dijete bira onu od tri ponuđene rečenice koja najbolje opisuje kako se ono osjeća u posljednja dva tjedna. Sastoji se od 3 skupine simptoma: 1) osjećaj uspješnosti i adekvatnosti u akademskim i socijalnim situacijama, 2) negativno raspoloženje, 3) negativna slika o sebi, pesimističan pogled na budućnost. Skala depresivnosti za djecu i adolescente, SDD, koristi se u dobi od 10 do 18 godina. Sadrži 26 tvrdnji koje opisuju najčešće kognitivne, emocionalne, tjelesne i bihevioralne simptome depresivnosti.

Upitnici nam omogućuju ispitivanje specifičnih simptoma depresije ili područja na koja se depresivna simptomatologija odražava poput niskog samopouzdanja, percipirane kontrole nad događajima, kognitivnih distorzija, bespomoćnosti, beznađa ili negativnih

očekivanja vezanih uz vlastitu budućnost. Potrebno je voditi računa i o dobnim razlikama. Mlađa djeca se više žale na somatske simptome, a starija na beznadnost i depresivno raspoloženje. Somatski simptomi odrastanjem slabe, a više dolaze do izražaja psihomotorna usporenost i nedostatak zadovoljstva (Lakdawalla i sur., 2007).

Kod procjene anksioznosti i depresivnosti neki autori smatraju da može biti korisno prikupiti podatke i iz drugih izvora, a ne samo od ispitanika. Velik broj istraživanja kao osnovnu metodu procjene depresivnosti koristi samoopisne tehnike. To ne čudi jer su kriteriji za dijagnozu depresije subjektivni, a samoopisne tehnike mogu biti problem kod mlađe djece. Prvi problem javlja se zbog teškoća s čitanjem i razumijevanjem (Kovacs, 1986) jer su potrebne metakognitivne sposobnosti (poput planiranja, opažanja i procjenjivanje) kako bi djeca mogla procijeniti koliko često i jako su iskusila neadaptivni stil mišljenja kako bi mogla opisati svoje simptome depresije. Drugo, mjerama samoprocjene teško se razlikuje depresija od drugih oblika negativnog afekta (Wolfe i sur, 1987). Treće, glavna tema depresivnih poremećaja je sklonost da se stvari dožive više pesimistično nego što vjerojatno jesu (Beck, 1967). Zbog toga je moguće da na samoprocjenskim upitnicima djeca precjenjuju stupanj svojih poteškoća. Autori smatraju da se dobivanjem podataka iz više izvora i opažanjem ponašanja može doskočiti nekim od ovih ograničenja (Lakdawalla i sur., 2007).

Prikupljanje podataka od roditelja važnije je što je dijete mlađe, dok se kod adolescenata smatra da su sami najbolji izvor podataka o tome kako se osjećaju. Učitelji i roditelji nisu dovoljno sigurni u prepoznavanju anksioznih i depresivnih teškoća kod djece što pokazuje i istraživanje u Hrvatskoj koje je pokazalo da su emocionalne teškoće zastupljene kod 3.5% djevojčica i 4.2% dječaka, a učitelji izvještavaju kako im je to „najmanji problem u održavanju nastave“ (Keresteš, 2005; Novak i Bašić, 2008), a uspijevaju prepoznati samo 26 do 34% djece s emocionalnim teškoćama, dok roditelji prepoznaju tek u 30 do 46% slučajeva internalizirani poremećaj kod svog djeteta. Ni učitelji ni roditelji probleme djece ne prepoznaju jer su djeca s internaliziranim poremećajem tiha, nenametljiva, „nevidljiva“ i ne rade probleme (Novak i Bašić, 2008).

## 1.5 KOMORBIDITET ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE

*“DEPRESIJA: U zadnjih nekoliko godina intenzivno radimo na proboju na jedno specifično tržište.*

*TJESKOBA: Djeca su nam postala jako zanimljiva.*

*DEPRESIJA: Posebno tinejdžeri.*

*TJESKOBA: Primijetili smo da su nam vrlo skloni...*

*DEPRESIJA: Ovom prilikom željeli bismo zahvaliti našim velikodušnim sponzorima - školskom sustavu i pubertetu, bez njih ništa od ovoga ne bi bilo moguće...*

*TJESKOBA: Ja sa školskim sustavom imam stvarno divnu dugogodišnju suradnju. Pogotovo kad se počne bližiti kraj školske godine i zaključivanje ocjena.*

*DEPRESIJA: Po školama se širimo zavidnom brzinom!*

*TJESKOBA: Nadamo se da ćemo uskoro ući i u vrtiće!*

*DEPRESIJA: Projekcije su izvrsne. Predviđa se da ću ja do 2020. godine biti druga najrasprostranjenija bolest na svijetu!*

*TJESKOBA: (Plješće mu) Stvarno nevjerovatno postignuće.*

*DEPRESIJA: Kolegica Tjeskoba mi često asistira. Jako lijepo surađujemo.*

*TJESKOBA: Ja se uvijek rado odazovem.”*

*Nina Horvat: "U mojoj glavi" (Teatar Tirena)*

Depresija i anksioznost dva su najbrže rastuća psihička poremećaja u 21. stoljeću zbog čega kontinuirano raste zanimanje za istraživanja u tom području. Kako je područje dječje psihopatologije manje istraživano u usporedbi s istraživanjima kod odraslih, u ovom radu bit će upravo glavna tema anksioznost i depresivnost kod djece te kako ih što bolje objasniti i prepoznati, a onda ta znanja iskoristiti u prevenciji ovih tegoba koje pogađaju sve više djece i otežavaju im svakodnevicu. Anksiozni poremećaji često se javljaju u komorbiditetu s depresijom. U početku je komorbidnost anksioznosti i depresije bila uglavnom zanemarivana, no pokazalo se da je komorbidnost ovih dvaju poremećaja više pravilo nego izuzetak (Hammen i Rudolph, 2003). Upravo zbog komorbidnosti je ponekad nemoguće strogo povlačenje granica između pojedinih dijagnostičkih kategorija. Zbog toga je u posljednjih desetljeća malo koja tema u kliničkoj psihologiji privukla toliko pažnje kao povezanost između anksioznosti i depresivnosti te kako ih se može bolje razlikovati. Primjerice, ako se u PubMed tražilicu upišu riječi „anxiety“ i „depression“ za posljednjih 20 godina, od 2002. do

danas, dobije se 124 240 rezultata (pregledano u rujnu 2022).

Komorbidnost anksioznih i depresivnih poremećaja tijekom adolescencije osobito je visoka. Prisutnost komorbidnih poremećaja dodatno narušava kvalitetu života (Ormel i sur., 2015). Otprilike 40% adolescenata s jednim poremećajem također pati od drugog poremećaja (Kessler i sur., 2005; Merikangas i sur., 2010), s četverostrukim rizikom od razvoja i anksioznosti i depresije. Veliki depresivni poremećaj najteži je poremećaj i kod djevojčica i kod dječaka u smislu da ih najviše onesposobljuje i najviše pate. Na drugom mjestu je anksiozni poremećaj, koji osobito teško pogađa djevojke (Erskine i sur., 2015). Komorbiditet anksioznosti i depresije povezan je s duljim trajanjem poremećaja, lošijim odgovorom na terapiju, većim brojem pokušaja samoubojstava, većim oštećenjem svakodnevnog funkcioniranja, većim rizikom od relapsa i ponavljanja epizoda te manjim korištenjem psihijatrijske skrbi (Lewinsohn, 1994; Kovacs, 1993; Bahls, 2002; Shafii i Shaffi, 1992; Pataki, 1995).

Komorbiditet anksioznosti i depresije kod adolescenata kreće se od 30 do 70% (Costello i sur., 2005). Premda su procjene komorbiditeta vrlo velike u većini uzoraka, ipak se u mnogim slučajevima anksioznost i depresija javljaju samostalno. Pregledom literature nalazimo da između 0.4 i 18.8% djece i adolescenata (u dobi od 9 do 18 godina) ima anksiozni poremećaj, ali ne i depresivni poremećaj, dok između 1 i 19.5% mladih ima depresivni poremećaj, ali ne i anksiozni (Costello i sur., 2005). Za djecu je karakteristično da razvojne promjene utječu na ispoljavanje simptoma poremećaja. U kontekstu komorbiditeta, longitudinalna istraživanja pokazuju da simptomi koji u djetinjstvu zadovoljavaju kriterije za anksiozni poremećaj, s vremenom postaju praćeni dodatnim simptomima pa klinička slika zadovolji kriterije za depresivni poremećaj (Achenbach i sur., 1995).

S obzirom na rodne razlike u izraženosti komorbiditeta, istraživanja opetovano pokazuju kako se komorbiditet anksioznosti i depresije češće javljaju kod djevojčica, nego kod dječaka. Neka istraživanja pokazala su kako su anksiozni dječaci skloniji kasnijem razvoju i depresije, no potrebna su daljnja istraživanja u pogledu rodnih razlika i komorbiditeta anksioznosti i depresije (Cummings i sur., 2014).

Buduća istraživanja trebala bi uzeti u obzir heterogenost između anksioznih poremećaja kada se ispituje komorbidnost anksioznosti i depresije jer se anksiozni poremećaji međusobno dosta razlikuju (Cummings i sur., 2014).

Istraživanja nastanka komorbidnosti mogu značajno doprinijeti razumijevanju i konceptualizaciji kako zajedničkih, tako i specifičnih obilježja anksioznosti i depresije (Weiss i sur. 1998).

U dijagnostičkim klasifikacijama u MKB-10 navodi se Blaži mješoviti anksiozno depresivni poremećaj, dok se za teži, komorbidni, nalazi sve više dokaza o njegovoj specifičnosti u odnosu na čiste poremećaje (Clark, 1989). U DSM-5 dodana su anksiozna obilježja poremećaja raspoloženja: prisutnost najmanje 2 od sljedećih simptoma: napetost, nemir, otežana koncentracija radi anksioznosti, strah da će se nešto strašno dogoditi, te osjećaj gubitka kontrole (DSM-5, 2014.).

Pitanje koje zaokuplja mnoge kliničare je jesu li anksioznost i depresivnost dva odvojena entiteta ili bi, zbog njihove visoke povezanosti, bilo više opravdano reći da se radi o različitim pojavnim oblicima istog poremećaja (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004).

Izdvojit ćemo koji su to simptomi koji su zajednički anksioznosti i depresiji, a koji su specifični za svaki od poremećaja. Zajednički simptomi anksioznosti i depresivnosti dobiveni u velikom broju istraživanja su: sklonost zabrinjavanju, okupiranost prošlim događajima, tjelesne pritužbe, nezadovoljstvo sobom, osjećaj vlastite nekompetentnosti, osjećaj beskorisnosti i bezvrijednosti, smušenost u socijalnim odnosima, usamljenost, nepovjerljivost, napetost i razdražljivost te psihomotorni nemir i teškoće u vidu nepažnje (Nilzon i Palmerus, 1997; Vulić-Prtorić, 2004).

Depresivnost se razlikuje od anksioznosti u tri osnovna simptoma, a to su: negativna slika o sebi, anhedonija i disforija. Uz to mogu biti prisutni i drugi simptomi specifični za depresiju poput: psihomotorne retardacije, gubitka interesa, poremećaja hranjenja, napadaja plača, osjećaja bespomoćnosti i usamljenosti, preplavljenosti krivnjom i slično. Anksioznost se razlikuje od depresivnosti po simptomima: panike, kognicijama vezanim za prijetnju, uznemirenosti, mišićnoj napetosti i drhtavici (Finch i sur., 1989; Clark, 1989; Vulić-Prtorić, 2004).

Na temelju mnogih pokazatelja povezanosti anksioznih i depresivnih poremećaja ističu se tri teorijske pozicije: 1. unitaristička prema kojoj su anksiozni i depresivni poremećaji jedan poremećaj s različitim kliničkim slikama ili fazama bolesti; 2. pluralistička prema kojoj se radi o dvije klase poremećaja čije se granice ipak jasno prepoznaju i 3. anksiozno-depresivna pozicija prema kojoj je mješoviti, anksiozno depresivni poremećaj također jedan poremećaj (Novović, 2004). U tablici 3 prikazani su argumenti u objašnjavanju odnosa anksioznosti i depresivnosti za unitarističku i za pluralističku poziciju.

**Tablica 3**

*Argumenti u objašnjavanju odnosa anksioznosti i depresivnosti (Novović, 2004).*

<b>Tema</b>	<b>Anksiozni i depresivni poremećaji su jedan te isti poremećaj</b>	<b>Anksiozni i depresivni poremećaj su zasebni entiteti</b>
<b>Kriteriji</b>	Zajednička kriterijska obilježja depresivnih i anksioznih poremećaja i jednaka učestalost depresivnih simptoma kod anksioznih poremećaja i obrnuto (Clark, 1989).	Pored zajedničkih simptoma, postoje i simptomi koji su jedinstveni za svaki od poremećaja i oni su značajno češći kod osoba s tom vrstom poremećaja te ih čine specifičnim (Clark, 1989).
<b>Komorbiditet</b>	Komorbiditet depresivnih i anksioznih poremećaja je češći nego što se na osnovu prevalencije svakog od poremećaja može očekivati (Andrews, 1996).	Komorbiditet poremećaja je čest u medicini. Pogotovo se afektivni poremećaji često javljaju kao sekundarni nakon mnogih psihijatrijskih poremećaja, tako da komorbidnost nije dokaz toga da su oni jedan te isti poremećaj, kao što ni komorbidnost bilo koje dvije bolesti u medicini ne znači da se radi o istoj bolesti (Coryel, 1988).
<b>Mjerenje poremećaja</b>	Između mjera anksioznosti i depresivnosti postoje visoke korelacije, često veće nego između mjera koje mjere isti konstrukt. Faktorskim istraživanjima, često se dobije zajednički faktor koji pokriva i anksiozne i depresivne simptome (Clark, 1989).	Neki autori upućuju na uspješnu odvojenost anksioznih od depresivnih simptoma statističkim postupcima (Roth i Mauntjoy, 1999), dok drugi bliskost fenomena na ovom planu svode na nisku diskriminativnu valjanost instrumenata za mjerenje depresivnosti i anksioznosti. (Riskind i sur., 1987).
<b>Farmakoterapija</b>	Reagiranje na iste vrste farmakoterapije. Mnogi anksiozni pacijenti reagiraju jednako dobro ili čak bolje na antidepresive u odnosu na anksiolitike, dok su anksiolitici gotovo obavezni dio terapije kod depresivnih pacijenata (Lydiard, 1991).	Obje vrste pacijenata reagiraju i na antidepresive i na anksiolitike, ali na načine koji se razlikuje (Roth i Mountjoy, 1999). Pacijenti s anksioznim poremećajima, u početnoj fazi liječenja antidepresivima doživljavaju porast anksioznosti i tenzije. Postoje tretmani koji su efikasni samo kod depresivnosti (elektrokonvulzivna terapija).
<b>Etiologija</b>	Zajednički etiološki faktori. Odnosi se na zajedničku genetsku osnovu poremećaja (Kendler, 1996), mada se nalaze i zajednički okolinski čimbenici ovih dvaju vrsta poremećaja (Brown, 1996).	Alnaes i Torgersen (1990) ističu da Kendler u svojoj interpretaciji rezultata stavlja naglasak na zajedničku genetsku osnovu, zanemarujući činjenicu da je dobiven i specifičan genetski faktor "genetska somatska anksioznost". Otuda iz Kendlerovih rezultata slijedi da pored zajedničke genetske osnove koja je u osnovi sklonosti anksioznim i depresivnim iskustvima postoji i specifična genetska osnova za neka anksiozna stanja.

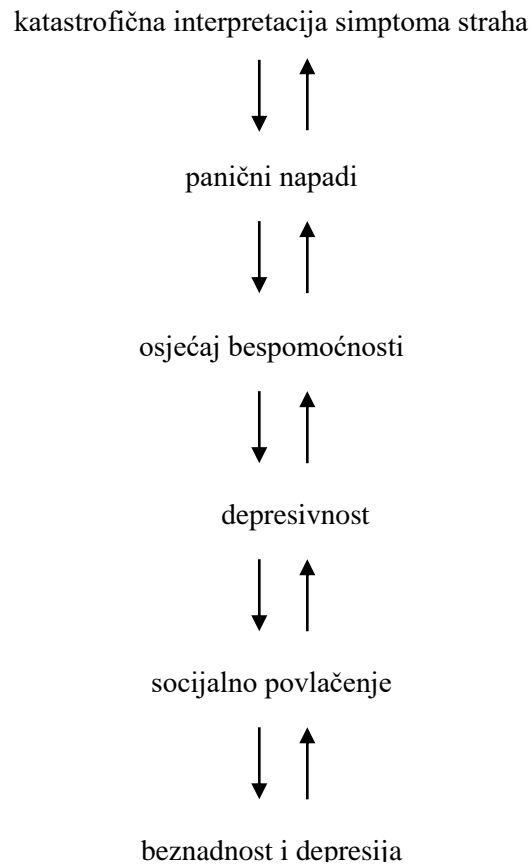
Rezultati istraživanja komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti kod djece mogu se grupirati u 4 osnovna pristupa u objašnjavanju odnosa anksioznosti i depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004.; Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.). U usporedbi s izlaganjem na sličnu temu u prethodnom poglavlju, ovdje ćemo malo detaljnije opisati svaki od pristupa.

Prema prvom modelu *anksioznost i depresija nalaze se na istom kontinuumu*, pri čemu je na jednom kraju anksioznost a na drugom depresija. Osoba može biti na bilo kojem mjestu na kontinuumu, u skladu s izraženošću simptoma što se može u vremenu mijenjati (Dealy i sur., 1981.; Brady i Kendall, 1992.). Slika 5 prikazuje faze razvoja simptoma od anksioznosti do depresije. Potvrdu ovog modela nalazimo u istraživanjima koja na primjer pokazuju da se kod djece s anksioznim smetnjama često kasnije pojave i drugi simptomi zbog kojih onda klinička slika udovoljava kriterijima za depresivni poremećaj (Achenbach i sur., 1995). Na primjer, u kliničkoj skupini djece s anksioznim i depresivnim poremećajem pokazalo se da anksioznost može ili prethoditi ili se javiti istovremeno ili pak nakon depresivne epizode velikog depresivnog poremećaja. Gotlib i Cane (1989) ističu specifičnost javljanja depresije kao posljedice dugotrajne anksioznosti pa ona može imati status sekundarnog poremećaja. Do toga dolazi jer anksiozna osoba zbog straha izbjegava sve više situacija i socijalnih kontakata. Taj nedostatak druženja ima za posljedicu razvoj depresivnih simptoma. Visoki postotak komorbidnosti anksioznih i depresivnih poremećaja te vremenski redoslijed pojavljivanja češće prvo anksioznog pa onda i depresivnog poremećaja, postavili su čak anksioznost u ulogu faktora rizika za razvoj depresivnog poremećaja. Istraživanja koja ukazuju na razvoj poremećaja od anksioznosti u depresiju ističu kako je važno na vrijeme detektirati anksioznost kod djece, kako bi se prevenirao razvoj depresivnog poremećaja (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004).



## Slika 5

*Faze razvoja simptoma od anksioznosti do depresije. (Vulić-Prtorić, 2004, str. 211).*



Prema drugom modelu, *anksioznost i depresivnost su odvojeni konstrukti; a visoka povezanost među njima nastaje zbog zajedničkih uzroka* koji im leže u osnovi. Radi se o dvokomponentnim modelima anksioznosti i depresivnosti, poput Tellegenovog modela pozitivnog i negativnog afektiviteta (1985) koji nastoji objasniti složenu fenomenologiju anksioznosti i depresije, prema kojima je moguće razlikovati anksioznost i depresiju prema vrsti afektivnih, kognitivnih, obiteljskih, doživljajnih i fenomenoloških obilježja (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). Polazi se od stajališta da premda postoje velika preklapanja, radi se o dva odvojena entiteta. Dakle, anksioznost i depresivnost moguće je razlikovati s obzirom na vrstu afektivnih, kognitivnih, i drugih obilježja (Vulić-Prtorić, 2004), a u našem radu usmjerit ćemo se, između ostalog, upravo na kognicije specifične za anksioznost i depresiju.

Prema trećem modelu, *komorbiditet anksioznosti i depresivnosti rezultat je metodoloških nedostataka skala samoprocjene anksioznosti i depresivnosti* koje imaju slabu konstruktnu i diskriminativnu valjanost (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). U prilog tome idu

visoke korelacije koje se dobivaju između rezultata na skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti, a koje se kreće od 0.50 do 0.80 bez obzira na ispitivani uzorak (Kendall i Watson, 1989). Visoka povezanost između skala dobiva se zbog preklapanja čestica na upitnicima anksioznosti i depresije, ali kada se pogleda svaki od ovih poremećaja uočava se da se radi o velikom broju simptoma koji se preklapaju. Međutim, svaki od preklapajućih simptoma neizostavan je u dijagnostici, zbog čega za posljedicu dolazi do visoke povezanosti skala samoprocjene anksioznosti i depresivnosti jer skale moraju imati zajedničke čestice (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Prema četvrtom modelu, za ovaj rad najvažnijem, *anksioznost i depresivnost dio su jednog složenijeg, zajedničkog konstrukta* koji je u dijagnostičkom sustavu razdijeljen na umjetan način. Anksioznost i depresivnost preklapaju se u tolikoj mjeri da se zapravo radi o jednom konstrukt s jedinstvenom emocionalnom, kognitivnom, a vjerojatno i genetičkom osnovom. Ovaj teorijski pristup svoju empirijsku potvrdu nalazi u istraživanjima koja ispituju hijerarhijski model Watsona i Clarkove, tzv. tripartitni model (1991). Prema ovom modelu depresivnost i anksioznost promatraju se kao djelomično odvojeni konstrukti koji imaju određen broj jasno prepoznatljivih simptoma, ali su značajno povezani jer u osnovi i jednog i drugog leži jedan zajednički faktor, a to je negativni afektivitet. Faktor koji je specifičan za depresiju predstavlja odsutnost pozitivnog afekta, dok treći faktor, karakterističan za anksioznost, predstavlja fiziološka pobuđenost ili fiziološke reakcije, što se odnosi na podražljivost autonomnog živčanog sustava. Faktor fiziološke pobuđenosti specifičan je za anksioznost (Clark i sur., 1994; Vulić-Prtorić, 2004). U ovom modelu anksioznost i depresivnost su u hijerarhijskoj piramidi i dio su veće kategorije koja se u literaturi navodi pod nazivima: neuroticizam, generalna psihološka potresenost ili internalizirani sindrom (Brady i Kendall, 1992)..

Osobe s anksioznim i depresivnim poremećajem postižu visoke rezultate na faktoru koji autori nazivaju negativni afektivitet, a on predstavlja generalnu psihološka potresenost i nastao je na osnovi faktorske analize rezultata dobivenih na skalama samoprocjene. Faktor negativni afektivitet uključuje simptome: anksioznosti (nervoza, napetost i zabrinutost), depresije (ljutnja, krivnja, tuga) i neuroticizma. Međutim razlikovanje anksioznosti i depresije može se provesti upravo s obzirom na drugi faktor, a to je pozitivni afektivitet. On se odnosi na pozitivna emocionalna stanja poput sreće i uzbuđenosti. Depresiju karakterizira kombinacija visokog negativnog afektiviteta i odsutnost pozitivnog afektiviteta. Anksioznost karakterizira visoki negativni afektivitet, dok pozitivni afektivitet s njom nije povezan. Trifaktorska solucija provjeravana je na malom broju istraživanja kod djece i adolescenata.

Rezultati istraživanja Lerner i suradnika (1999) potvrđuju postojanje specifičnih, ali i zajedničkih simptoma anksioznosti i depresivnosti kako to predviđa tripartitni model Clarkove i Watsona. Model Watsona i Clarkove potvrđen je u istraživanjima provedenim na odraslima i za sada na malom broju istraživanja provedenih na djeci i adolescentima (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.). Detaljan prikaz rezultata provjera tripartitnog modela kod djece bit će prikazan u sljedećem poglavlju.

### *1.5.1 MODELI KOMORBIDITETA*

Watson (2009) opisuje prošle i suvremene modele povezanosti između anksioznosti i depresije. Prošli modeli na temu objašnjavanja povezanosti između anksioznosti i depresije mogu se podijeliti u tri glave faze. U inicijalnoj fazi, fokus je prvenstveno bio na analizi postojećih skala i upitnika anksioznosti i depresije (Modeli na temelju skala). Nakon toga slijedile su sheme koje naglašavaju određene tipove i sadržaje simptoma (Modeli temeljeni na simptomima). U tom kontekstu razvijen je tripartitni model anksioznosti i depresije. Nakon toga, u trećoj fazi pokušalo se napraviti model koji bi objasnio odnose između anksioznih i depresivnih poremećaja u DSM-u (2014) (Modeli temeljeni na poremećajima) (Watson, 2009). U trećoj fazi istraživanja, u kojoj se fokus pomaknuo na modele temeljene na poremećajima, Barlow i sur. prvi su predložili hijerarhijski model anksioznih poremećaja (Barlow, 1991; Brown i Barlow, 1992; Zinbarg i Barlow, 1996). Tvrdili su da svaki anksiozni poremećaj sadrži zajedničku komponentu koja predstavlja faktor višeg reda općeg distresa/negativne afektivnosti u hijerarhijskoj shemi na dvije razine. U skladu s tim, ovaj faktor višeg reda ne samo da je uobičajen za sve anksiozne poremećaje, već se također dijeli s depresijom; stoga je u velikoj mjeri odgovoran za uočeno preklapanje i (a) između pojedinačnih anksioznih poremećaja i (b) između depresije i anksioznosti. Međutim, osim ove zajedničke komponente, svaki od anksioznih poremećaja također sadrži jedinstvenu komponentu koja ga razlikuje od ostalih.

Kategorijalni sustav DSM-a i anksiozni poremećaji koje on obuhvaća prilično su heterogeni i obuhvaćaju raznolike simptome. Heterogenost anksioznih poremećaja donosi dvije ključne implikacije za strukturalne modele. Prvo, pojedini anksiozni poremećaji u DSM-u na različite su načine povezani s depresijom, pri čemu neki sindromi pokazuju veće preklapanje i komorbidnost od drugih (Mineka i sur., 1998). Drugo, niz istraživanja pokazao je da jedan specifičan faktor nije dovoljan da bi se obuhvatila raznolikost simptoma

obuhvaćenih anksioznim poremećajima. Primjerice, pokazalo se da tjelesna pobuđenost nije opća karakteristika anksioznih poremećaja, nego predstavlja specifični, jedinstveni element paničnog poremećaja, a naknadno se pokazalo da je povezana i s posttraumatskim stresnim poremećajem (Brown i sur., 2001).

Watson izdvaja pet problema koji otežavaju analize i modele koji se temelje na poremećajima. Prvo, neki se poremećaji javljaju iznimno rijetko (shizofrenija, anoreksija nervoza), zbog čega ih je teško istraživati. Drugo, dijagnostički kriteriji s vremenom se mijenjaju što može utjecati na snagu povezanosti među poremećajima. Treće, dijagnostički kriteriji između istraživanja mogu biti različiti, kada se na primjer uzimaju u obzir faktori isključenja. Watson kao primjer navodi slučaj da se dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja ne postavlja ukoliko se anksioznost javlja u sklopu posttraumatskog stresnog poremećaja. Četvrto, treba uzeti u obzir nepouzdanost dijagnostike u smislu različitih pristupa stručnjaka prilikom postavljanja dijagnoze, neki na primjer koriste SKID intervju, neki ne. Peti problem proizlazi iz dihotomnih mjera kategorijalnog sustava zbog čega je bitan broj i raspored simptoma po kategorijama, dok dimenzionalni pristup bolje odražava prisutnost poremećaja i time je pouzdaniji (Watson, 2009).

Anksiozni poremećaji na različite načine povezani su s velikim depresivnim poremećajem i distimičnim poremećajem. Navedeni poremećaji raspoloženja snažno su komorbidni s generaliziranim anksioznim poremećajem; pokazuju umjerenu povezanost s posttraumatskim stresnim poremećajem, paničnim poremećajem, opsesivno kompulzivnim poremećajem i socijalnom fobijom; a slabo su povezani s agorafobijom i specifičnom fobijom. Osim toga, generalizirani anksiozni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj više su povezani s velikim depresivnim poremećajem nego s drugim anksioznim poremećajima. Posljedično, strukturalne analize dosljedno pokazuju da velika depresija, distimični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj definiraju jedan faktor, dok panični poremećaj, agorafobija, socijalna fobija i specifična fobija definiraju drugi. Ovi rezultati pokazuju temeljni problem s trenutnom organizacijom ovih poremećaja u DSM klasifikaciji i zbog toga ima više smisla reorganizirati ih u poremećaje distresa i poremećaje straha (Clark i Watson, 2006; Watson, 2005; 2009).

### *1.5.2 KVADRIPARTITNI MODEL*

U sljedećoj fazi istraživanja komorbiditeta, postavljen je model na osnovi ispitivanja specifičnih simptoma unutar poremećaja (Watson, 2009). Novi pristup usmjerio se na

istraživanje povezanosti između specifičnih dimenzija simptoma koji čine glavne poremećaje unutar ovih dijagnostičkih klasa (npr. specifični simptomi unutar PTSP-a). Ta četvrta faza predstavlja spajanje modela iz faze 2 i 3. Preuzima fokus na isključive simptome, kao u fazi 2 kod tripartitnog modela. Iz faze 3 preuzima hijerarhijski odnos te uzima klasifikaciju DSM kao organizacijski okvir. Za razliku od dosadašnjih modela, ovaj zaobilazi zamke heterogenosti dijagnoza time što uzima u obzir specifične simptome (Watson, 2009).

Kod analize simptoma model uzima dva kvantitativna elementa: razinu specifičnosti i veličinu distresa. Veličina distresa/negativne afektivnosti značajno se razlikuje ovisno o simptomima i poremećajima. Na primjer, velika depresija, distimnični poremećaj i generalizirani anksiozni poremećaj jako su zasićeni općim distresom, dok je kod paničnog poremećaja i specifične fobije manje izražen opći distres. Watson (2009) smatra kako je važno na razinu specifičnosti i veličinu distresa gledati odvojeno, kao različita svojstva simptoma. Tako kreira novi, kvadripartitni model koji predstavlja sintezu ranijih tripartitnih i integrativnih hijerarhijskih modela. Ova nova shema kombinira (a) fokus tripartitnog modela na simptome s (b) kvantitativnim elementima i (c) okvirom integrativnog hijerarhijskog modela koji se temelji na poremećaju. Iako je najtočnije prikazati te elemente kao dimenzije, za volju jednostavnosti, prikazat ćemo ih u formi 2x2 u tablici 4 čime će se dobiti 4 tipa simptoma: 1. Izraženi simptomi distresa s malom specifičnošću 2. izraženi simptomi distresa s većom specifičnošću 3. Niski simptomi distresa s malom specifičnošću 4. Niski simptomi distresa s većom specifičnošću.

Specifičnost uključuje mjeru u kojoj su dimenzije simptoma povezane s jedinstvenim značajkama anksioznosti ili depresije. Ova komponenta modela izvorno dolazi iz teorija temeljenih na simptomima koje tjelesnu pobuđenost (poput vrtoglavice, lupanja srca) smatraju karakteristikom anksioznosti, a odsutnost pozitivnog afektiviteta (poput manjka interesa, sniženog optimizma) karakterističnim za depresiju (Clark i Watson 1991). Nasuprot tome, opći distres, odnosi se na preklapanje dimenzija simptoma koje karakterizira nespecifičan distress (poput tuge, zabrinjavanja). Simptomi koje karakterizira niska specifičnost i nizak distres (poput promjena u apetitu kod depresije) ne pridonose puno utvrđivanju o kojem se poremećaju radi te se predlaže da ih se makne iz algoritma dijagnostike poremećaja (Clapp i sur, 2020).

U kvadratu 1, koji se odnosi na visoke simptome distresa s malom specifičnošću, faktora je snažno zasićen općim stresom/negativnom afektivnošću i leži u samoj srži poremećaja raspoloženja i anksioznosti: uključuje više od polovice kriterija simptoma DSM-IV i za veliku depresivnu epizodu kao i glavne simptome generaliziranog anksioznog

poremećaja (Watson, 2009).

**Tablica 4**

*Kvadripartitni model (Watson, 2009)*

	<b>Manja specifičnost</b>	<b>Veća specifičnost</b>
<b>Visoki distress</b>	tuga, zabirnjavanje	prisjećanje traumatskog događaja
<b>Niski distress</b>	promjena u apetitu kod depresije	vrtoiglavice, lupanja srca

### *1.5.3 MODEL VIŠESTRUKIH PUTEVA*

Prema istraživanju Cummingsa i suradnika (2014) o komorbiditetu anksioznosti i depresije kod djece i adolescenata u posljednjih 20 godina, ističe se kako istraživanja od 1992. upućuju na to kako komorbiditet anksioznosti i depresije varira ovisno o kojem se točno anksioznom poremećaju radi te je tako postavljen Model višestrukih puteva. U Modelu višestrukih puteva polazi se od dva pitanja. Prvo, što razlikuje pojedince kod kojih se uz anksioznost razvije depresija, da li iz depresije razvijaju anksioznost ili dožive istovremeno oba poremećaja? I drugo, što razlikuje pojedince koji imaju samo anksiozni poremećaj i samo depresivni poremećaj od pojedinaca koji su anksiozno-depresivni? (Cicchetti i Toth, 2009). Model višestrukih puteva razdvaja 3 puta koji predstavljaju dijateze za primarnu anksioznost, primarnu depresiju ili primarni anksiozno-depresivni poremećaj. Put 1 opisuje mlade koji pate ili od socijalne fobije ili od separacijske anksioznosti i posljedično depresije, Put 2 odnosi se na mlade koji primarno imaju komorbiditet generaliziranog anksioznog poremećaja i depresije. Put 3 uključuje mlade koji imaju depresiju na koju se posljedično razvije socijalna fobija.

Put 1 opisuje mlade s dijatezom za razvoj anksioznosti, bilo preko temperamenta, biloških faktora ili faktora okoline. Ukoliko se anksioznost ne liječi, poteškoće koje proizlaze iz anksioznosti postaju rizičan faktor za komorbinost s depresijom. Poteškoće koje proizlaze iz anksioznosti mogu uzajamno djelovati sa zajedničkim rizičnim faktorom za ova dva

poremećaja (na primjer, kognitivna pristranost, negativni afektivitet), što dovodi do početka depresije (Cummings i sur. 2014).

Put 2 odnosi se na mlade s najvećom zajedničkom dijatezom za anksioznost i depresiju. Oni na isti okidač razvijaju istovremeno simptome anksioznosti i depresije. Mladi koji ovim putem razvijaju komorbiditet, obično pokazuju komorbiditet depresije i generaliziranog anksioznog poremećaja. U kontekstu puta 2 najvećim dijelom preklapanje anksioznosti i depresije nalazimo u sklonosti zabrinjavanju (Cummings i sur. 2014).

Put 3 uključuje mlade s dijatezom za razvoj depresije kojima poteškoće uzrokovane depresijom postaju izvor anksioznosti. Može se raditi o slabim socijalnim vještinama i odbacivanjem od strane vršnjaka zbog simptoma depresivnosti (Cummings i sur. 2014).

Model višestrukih puteva nalazi potvrdu u istraživanjima komorbidnosti anksioznosti i depresije (Cummings i sur. 2014.). S obzirom na to da su anksiozni poremećaji kod djece često u komorbiditetu s depresijom, putevi nastanka nisu međusobno isključivi (Kendall i sur., 2010). Može se dogoditi da dijete ima dijatezu za generalizirani anksiozni poremećaj i veliki depresivni poremećaj, a rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja povećan je pojavom socijalne fobije kako dijete ulazi u adolescenciju pa se radi o pogoršanju veznom za anksioznost koje donosi veći rizik za depresivnu epizodu (Kendall i sur, 2010).

Od navedenih modela komorbidnosti u ovom istraživanju provjeren je tripartitni model kako bi se ispitala mogućnost integracije nekih dimenzija tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u ranoj adolescenciji. Istraživanja modela komorbidnosti provedena u Hrvatskoj (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004) na učenicima od 5. do 8. razreda osnovne i 1. do 4. razreda srednje škole išli su u prilog dvo-komponentnog modela komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti. Dobiveno je da su anksioznost i depresivnost dva odvojena, jasno prepoznatljiva konstrukta među kojima postoji umjerena korelacija te koji kao takvi predstavljaju dvije komponente jednog faktora višeg reda ("negativni afektivitet"). Ujedno je potvrđena pretpostavka da se u slučaju tzv. tro-faktorske strukture (tripartitnog modela), kada se istraživanje radi na djeci, više radi o konceptualnoj, a manje o empirijskoj osnovi.

Kao poticajan završetak ovog poglavlja, u tablici 5 prikazani su glavni nalazi i smjernice za daljnja istraživanja komorbiditeta depresije i anksioznosti u dječjoj dobi, a u nastavku su izloženi rezultati istraživanja tripartitnog modela kao glavne teme rada.

**Tablica 5**

*Glavni nalazi i smjernice za daljnja istraživanja komorbiditeta depresije i anksioznosti u dječjoj dobi ( Cummings i sur. 2014).*

<b>Tema</b>	<b>Teorije/hipoteze/modeli</b>	<b>Glavni nalazi</b>	<b>Smjernice za daljnja istraživanja</b>
<b>Priroda komorbidnosti</b>	Komorbidnost anksioznosti i depresije nepovoljnija je nego samo anksioznost, ali nije nepovoljnija od samo depresije; učinci Kognitivno bihevioralne terapije (KBT)	Komorbidna depresija kod anksioznih je manje uobičajena u odnosu na komorbidnu anksioznost kod depresivnih Teško depresivni mladi imaju i izrazitu anksioznost, dok izrazito anksiozni nemaju nužno tešku depresiju Mladima s komorbiditetom teže je nego mladima s čistom anksioznosti, no najteže je mladima s čistom depresijom Komorbidna depresija otežava KBT za anksioznost, ali komorbidna anksioznost obično ne ometa KBT za depresiju	Ispitati prirodu komorbidnosti depresije obzirom na dob i specifične anksiozne poremećaje
	Tripartitni model: negativni afektivitet (NA) u osnovi je komorbidnosti anksioznosti i depresije	Neke studije potvrđuju NA kao zajednički generalni faktor anksioznosti i depresije Fiziološka pobuđenost (PH) i pozitivni afektivitet (PA) ne pokazuju se uvijek povezane s anksioznošću i depresijom PH može biti povezan s paničnim poremećajem Nalazi koji potvrđuju Tripartitni model nisu konzistentni kroz razvojne razine Varijanca objašnjena NA razlikuje se obzirom na vrstu anksioznog poremećaja	Ispitati primjenjivost NA, PA i PH obzirom na dob i specifične anksiozne poremećaje
<b>Teorijski modeli</b>	BIS/BAS: Bihevioralni inhibicijski sustav u osnovi je komorbidnosti anksioznosti i depresije	Visoki BIS povezan je s anksioznošću Niski BAS povezan je s depresijom i može odražavati anhedoniju, što objašnjavajući nejasne nalaze BIS također može biti povezan s depresijom	Razmotriti prevenciju kod bihevioralno inhibirane mlađe djece
	<b>Separacijski anksiozni poremećaj (SAP) i depresija</b>	SAP povećava rizik za depresiju preko poznatih vulnerabilnosti i/ili onih vezanih za SAP SAP je genetski povezan s paničnim poremećajem, a depresija je često prisutna kod djece s paničnim poremećajem SAP je povezan s depresijom roditelja	Longitudinalna istraživanja sa širim vremenskim okvirom unutar kojeg se javljaju SAP i depresija Posebno istražiti panični poremećaj Utvrđiti je li SAP povezan s javljanjem depresije u kratkom roku kao nadgradnja na simptome SAP
<b>Socijalna fobija i</b>	Teškoće vezane za socijalnu fobiju vode do	Socijalna fobija češće prethodi depresiji nego obrnuto Interakcija glavnih čimbenika rizika (npr. genetika) i	Prepoznati socijalnu fobiju prije depresije i mogućnost sekundarne prevencije



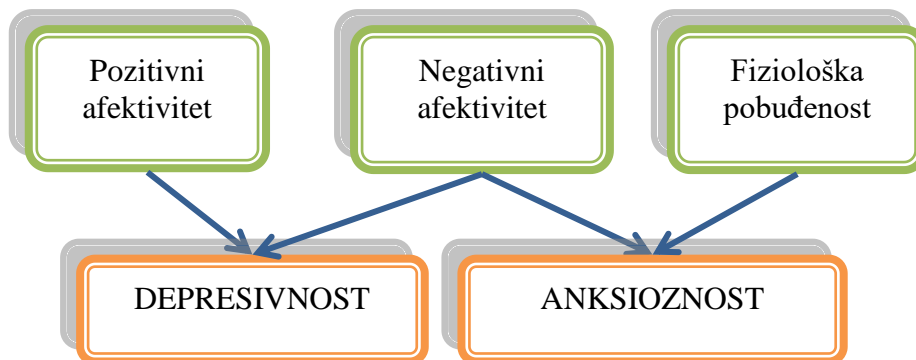
<b>depresija</b>	komorbiditeta s depresijom, osobito u adolescenciji zbog naglašene važnosti vršnjaka	interpersonalnih čimbenika rizika (npr. usamljenost) dovodi do depresije kod mladih sa socijalnom fobijom Interpersonalni faktori rizika, potvrđeni istraživanjem, uključuju: otuđenje od vršnjaka, osuđivanje od strane vršnjaka, izbjegavanje izražavanja emocija i lošu kvalitetu prijateljstva	Istražiti simptomatsku razinu oba poremećaja Izdvojiti interpersonalne čimbenike koji povezuju socijalnu fobiju i depresiju
<b>Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) i depresija</b>	GAP i depresija su visoko povezni ali različiti poremećaji	GAP s depresijom dijeli genetski faktor rizika u većoj mjeri nego s ostalim anksioznim poremećajima GAP i depresija jedan za drugi su bolji prediktor nego svaki od ovih poremećaja sam za sebe tijekom vremena Depresija i GAP ne reagiraju pouzdano na iste lijekove Stresni životni događaji više su povezani s depresijom nego s GAP-om U osnovi komorbiditeta GAP i depresije može biti preklapanje simptoma u dijagnostičkim kriterijima	Istražiti u kojim je slučajevima komorbiditet produkt dijagnostičkih kriterija Istražiti kriterije koji razlikuju ove dvije dijagnoze Naći i istražiti slučajeve u kojima GAP ne vodi u depresiju i obrnuto
<b>Rodne razlike</b>	Rodne razlike u kognitivnom stilu i doživljaju odnosa s drugima veći rizik i za depresiju i za anksioznost Simptomi depresije mogu se razlikovati obzirom na rod, djevojke imaju više simptoma koji se preklapaju s anksioznosti	Depresija se u adolescenciji češće javlja kod djevojaka nego kod mladića Anksioznost je češća kod djevojaka nego mladića u općoj populaciji, ali približno jednaka u kliničkom uzorku Sklonost ruminacijama veća je kod djevojaka nego kod mladića i povezana je s anksioznošću, depresijom i komorbiditetom anksioznosti i depresije Depresija se može javiti sekundarno na anksioznost kod mladića	Koristiti pristup prikupljanja informacija iz više izvora kako bi se smanjila sklonost davanja socijalno poželjnih odgovora. U terapijskom tretmanu uzeti u obzir rodne specifičnosti Provesti istraživanje promatranjem kako bi se skupile informacije za istraživanja vođena hipotezama
<b>Suicidalnost</b>	Suicidalnost kod anksioznih adolescenata rezultat je komorbidnih depresivnih simptoma	Povećana je razina suicidalnosti kod mladih s depresijom; nalazi kod anksioznih su nejednoznačni. Drugi konstrukti povezani s anksioznosti i depresijom (npr. emocionalna disregulacija, tolerancija distresa) mogu objasniti povećanu suicidalnost kod mladih s anksioznošću	Razlikovati tipove suicidalnosti. Istražiti vezu suicidalnosti i specifičnih anksioznih poremećaja. Uzeti u obzir mogućnost da izvještavanje o suicidalnosti kod anksioznih mladih proizlazi iz nametajućih misli

## 1.6 TRIPARTITNI MODEL

U više navrata u uvodu ovog rada isticali smo važnost istraživanja povezanosti anksioznosti i depresije. Lee Anna Clark i David Watson, bili su Tellegenovi studenti, i pokušali su dati odgovor na pitanje kako to da su anksioznost i depresivnost tako visoko povezane. Predložili su (1991) tripartitni model anksioznosti i depresivnosti (slika 6). Prema tom modelu postoji zajednički faktor anksioznosti i depresije koji nazivaju negativnim afektivitetom. Faktor koji je specifičan za depresiju nazivaju pozitivni afektivitet, a faktorom koji je specifičan za anksioznost smatraju fiziološku pobuđenost - podražljivost autonomnog živčanog sustava (Watson i sur., 1995a, 1995b). Pokazalo se da visok rezultat na negativnom afektivitetu postižu i anksiozne i depresivne osobe pa se pretpostavlja kako je visoka povezanost između anksioznosti i depresije posljedica postojanja zajedničkog faktora višeg reda. Pretpostavka je da postoji negativna korelacija između pozitivnog afektiviteta i depresivnosti te da je taj faktor nevažan za anksioznost te bi se na temelju faktora pozitivnog afektiviteta moglo razlikovati depresivne i anksiozne pojedince (Brady i Kendall, 1992).

### Slika 6

*Tripartitni model (Clark i Watson, 1991)*



Tripartitni model nastao je na osnovu Tellegenovog (1985) dvo-faktorskog modela i predstavlja njegovo proširenje. Prema dvo-faktorskom modelu afektivno iskustvo možemo objasniti s dva generalna faktora: negativnim i pozitivnim afektivitetom (Tellegen, 1985). Te su dvije dimenzije povezane s anksioznosti i depresivnosti na različite načine. Negativni afektivitet predstavlja nespecifičan faktor zajednički depresiji i anksioznosti, dok je odsutnost pozitivnog afektiviteta specifičan faktor povezan prvenstveno s depresijom.

Clarkova i Watson (1991) proširili su dvo-faktorski model na način da su dodali još jedan specifični faktor – fiziološku pobuđenost (eng. *physiological hyperarousal*) – koju smatraju specifičnom za anksioznost. Autori smatraju da takvom raspodjelom tripartitni model predstavlja točniji opis fenomena anksioznosti i depresivnosti. U tripartitnom modelu simptomi depresije i anksioznosti grupirani su u tri podtipa. Veliki dio simptomi su jaki indikatori generalnog distresa odnosno faktora negativnog afektiviteta. Ta nespecifična grupa, između ostalog, uključuje i anksiozna i depresivna raspoloženja i druge simptome (nesanicu, lošu koncentraciju itd.) koji su dio anksioznosti i depresije. Svaki sindrom osim zajedničkih simptoma, ima i vlastiti klaster simptoma. Za anksioznost su specifični simptomi: tjelesna napetost, nervoza i pobuđenost (npr. nedostatak zraka, vrtoglavica, suhoća u ustima). Za depresiju su specifični simptomi: anhedonija i nedostatak pozitivnog afekta (npr. nedostatak interesa i zadovoljstava) (Watson i sur., 1995a; 1995b).

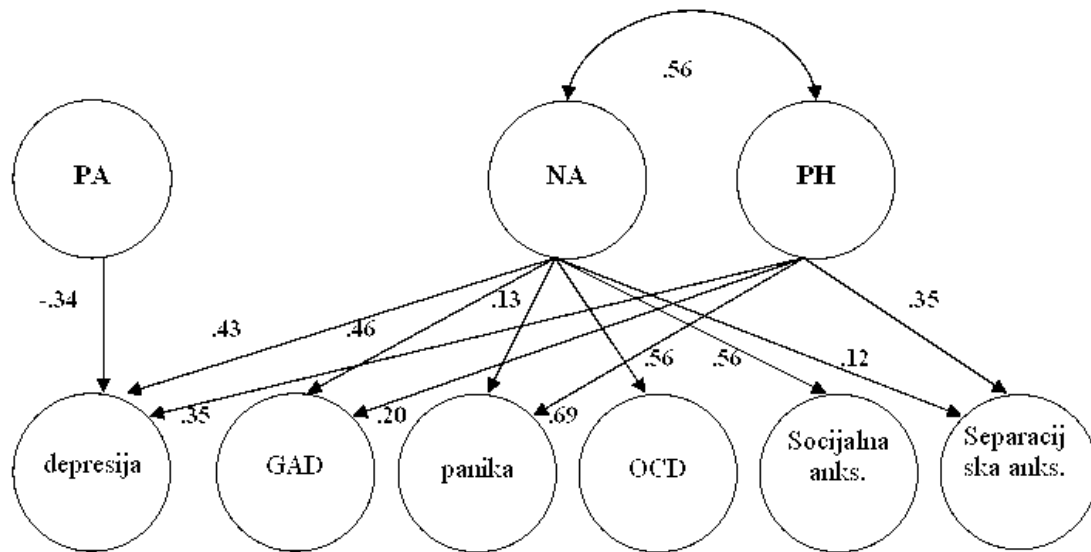
Premda je tripartitni model u prvom redu testiran na odraslima, dimenzije tripartitnog modela imaju implikacije i na razumijevanje prirode, klasifikacije, procjene i tretman anksioznosti i depresivnosti kod djece (Joiner i Lonigan, 2000; Lonigan i sur., 1999).

Za istraživanja tripartitnog modela Watson i Clark (1991) razvili su skalu *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire* (MASQ). Watson i suradnici (1995a i 1995b) pokazali su da simptomi tjelesne pobuđenosti i anhedonije najbolje razlikuju anksioznost i depresiju koristeći dvije određene skale – Anhedonic Depression and Anxious Arousal – sastavljene od čestica kojima se ispituje anhedonija/nizak pozitivni afektivitet i tjelesna pobuđenost.

Kasnija istraživanja uputila su na kritiku u vezi fiziološke pobuđenosti, dimenzije tripartitnog modela, koja se u nekim istraživanjima nije pokazala kao zajednička karakteristika anksioznih poremećaja nego predstavlja specifičan faktor paničnog poremećaja (Chorpita, 2002). Slika 7 prikazuje model s međusobnim vezama dimenzija tripartitnog modela s depresijom i s anksioznim poremećajima kod djece. U slučaju kada se faktoru fiziološke pobuđenosti (PH) pridaje ista važnost kao i faktorima negativnog afektiviteta (NA) i pozitivnog afektiviteta (PA) dobije se značajna povezanost PH s paničnim poremećajem, depresijom, generaliziranim anksioznim poremećajem i sa separacijskom anksioznošću. Povezanost PH s depresijom čest je nalaz kod istraživanja dječje populacije, a objašnjava ga se time što se djeca često žale na somatske simptome kada su depresivna.

### Slika 7

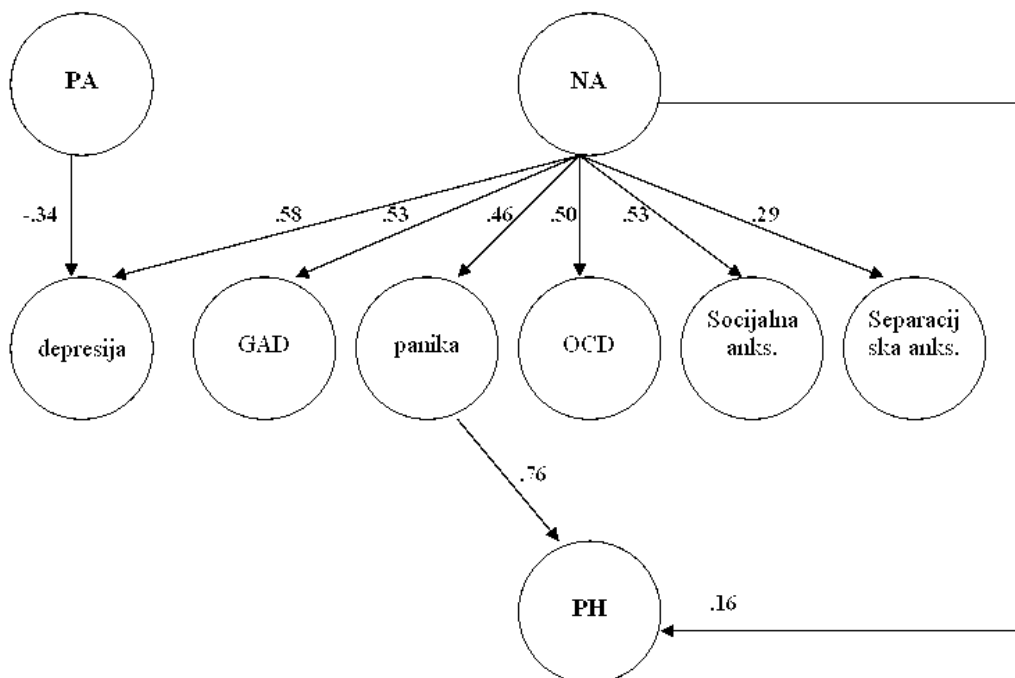
Model s tri faktora višeg reda tripartitnog modela i faktorima poremećaja.



Kada je faktor PH postavljen kao faktor drugog reda (slika 8) pokazala se značajna povezanost samo s paničnim poremećajem. Općenito su nalazi u pogledu faktora fiziološke pobuđenosti nekonzistentni što će biti prikazano u idućem poglavlju o provjerama tripartitnog modela.

### Slika 8

Model s dva faktora višeg reda i jednim faktorom nižeg reda s faktorima poremećaja.



S povećanjem popularnosti tripartitnog modela, razvijene su i skale za istraživanje tripartitnog modela kod djece. To su Skala pozitivnog i negativnog afekta za djecu *Positive And Negative Affects Scale – Children* (PANAS-C) i Skala fiziološke pobuđenosti za djecu *Physiological Hyperarousal – Children* (PH-C; Laurent i sur., 1994), no koriste se i drugi instrumenti za mjerenje faktora modela (Chorpita i sur., 2000).

Istraživanja na razini fiziologije potvrđuju tripartitni model i ističu kako tri pretpostavljene grupe simptoma odražava potpuno različita moždana aktivnost. Negativna afektivnost povezana je s povećanom reaktivnosti na strah koja je posredovana strijom terminalis (Cuthbert i sur., 1996; Davis i sur., 1997) i može se razlikovati od reaktivnosti na podražaj karakteristične za fobiju kojoj je medijator amigdala. Druga istraživanja nalaze povezanost povećane negativne afektivnosti sa smanjenjem aktivnosti desnog frontalnog korteksa (Bruder i sur. 1997). Dva specifična faktora u tripartitnom modelu, odsutnost pozitivnog afekta i fiziološka pobuđenost, također pokazuju različitu psihofiziološku aktivnost. Fiziološka pobuđenost povezana je s pojačanom aktivacijom desnog parietotemporalnog područja, dok je odsutnost pozitivnog afekta povezana sa sniženom aktivacijom istog područja kao i sa sniženom aktivacijom lijevog prefrontalnog područja (Bruder i sur. 1997).

U ovom radu provjeren je tripartitni model u tumačenju anksioznosti i depresivnosti u ne-kliničkoj i kliničkoj skupini djece. Zanimalo nas je u kojem uzorku će model bolje objasniti komorbiditet anksioznosti i depresivnosti te hoće li se pokazati da je negativni afektivitet zajednički faktor anksioznosti i depresiji, a odsutnost pozitivnog afekta specifična za depresiju, a fiziološka pobuđenost specifična za anksioznost.

### 1.6.1 PROVJERE TRIPARTITNOG MODELA

Konstrukti tripartitnog modela, negativni i pozitivni afektivitet, istraživani su duže nego fiziološka pobuđenost. Neka istraživanja dobila su potvrdu za dvo-faktorski model pozitivnog i negativnog afektiviteta, a neka istraživanja za tro faktorski model (Anderson i Hope, 2008). Istraživanja koja potvrđuju tripartitni model navedena su u tablici 6 (Anderson i Hope, 2008).

U istraživanjima tripartitnog modela kod djece u početku su najviše bile korištene skale: Revidirana skala anksioznosti i depresije kod djece (*Revised Child Anxiety and Depression Scale* - RCADS, Chorpita i sur. 2000), Skala pozitivnog i negativnog afektiviteta za djecu (*Positive and Negative Affect Scale for Children* - PANAS-C, Laurent i sur, 1999), Skala fiziološke pobuđenosti (*Physiological Hyperarousal Scale for Children* – PH-C; Laurent i sur., 1994), Upitnik samoprocjene negativnog afektiviteta (*Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire* – NASSQ, Ronan, Kendall i Rowe, 1994) i Skala afekta i pobuđenosti (*Affect and Arousal Scale* – AFARS; Chorpita i sur., 2000; Daleiden i sur., 2000; Cummings i sur, 2014). Od navedenih u Hrvatskoj su korištene samo Skala pozitivnog i negativnog afektiviteta za djecu i Skala fiziološke pobuđenosti (Zečević, 2011).

Primjenjivost dimenzija tripartitnog modela na djecu potvrđena je u nekim istraživanjima (Chorpita i Daleiden, 2002; Jacques i Mash, 2004), iako je nezavisnost tih dimenzija poprilično ovisila o dobi sudionika (Laurent i Ettelson, 2001). U istraživanju Colea, Truglio i Peekea (1997) te Laurenta i Ettelona (2001) pokazalo se da bi se u tripartitni model bolje uklopili odrasli i starija djeca, nego mlađa djeca, što i ne čudi, obzirom da je model i razvijen za primjenu kod odraslih. U skladu s tim su i rezultati istraživanja Lonigana, Careya i Fincha (1994) provedenog na kliničkom uzorku djece koji su pokazali da je negativni afektivitet zajednički faktor i anksioznosti i depresivnosti te da je pozitivni afektivitet jedini faktor koji može razlikovati ova dva stanja. Isti autor proveo je sa drugim suradnicima (2003) istraživanje i na ne-kliničkom uzorku djece od 14 i od 10 godina. Pokazala se očekivana povezanost negativnog i pozitivnog afektiviteta s anksioznošću i depresivnošću, no ta je povezanost bila znatno slabija kod mlađe djece.

**Tablica 6**

*Istraživanja koja su potvrdila tripartitne faktore (Anderson i Hope 2008).*

<b>Istraživači</b>	<b>Sudionici</b>	<b>Instrumenti</b>	<b>Nalazi</b>
<b>Cole i sur. (1997)</b>	učenici 11-12 god	CDI, RCMAS	2 faktorski model
<b>Crook i sur. (1998)</b>	učenici 8-11 god	CDI, RCMAS, PANAS-C	2 faktorski model
<b>Huebner i Dew (1995)</b>	Adolescenti	PANAS	2 faktorski model
<b>Inderbitzen i Hope (1995)</b>	Adolescenti	CDI, RCMAS, SASC-R	2 faktorski model
<b>Joiner (1996)</b>	učenici 17-18 god	BDI, BAI, PANAS	3 faktorski model
<b>Joiner i sur., (1996)</b>	klinička skupina djeca/adol.	PANA, (dio) CDI i RCMAS	3 faktorski model
<b>Lambert i sur. (2004)</b>	učenici 11 i 14 god	BHIF	3 faktorski model
<b>Lonigan i sur. (1999)</b>	Adolescenti	CDI, RCMAS	2 faktorski model
<b>Lonigan i sur. (1994)</b>	klinička skupina djece	CDI, RCMAS	3 faktorski model
<b>Phillips i sur. (2002)</b>	učenici djeca/adol	CDI, RCMAS, PANAS-C	3 faktorski model
<b>Stark i Laurent (2001)</b>	učenici 9-13 god	CDI, RCMAS	2 faktorski model
<b>Turner i Barrett (2003)</b>	učenici 8-12god	(dio) CDI, RCMAS	3 faktorski model
<b>Valentiner i sur. (2002)</b>	Adolescenti	MASC, SCAS, RADS	2 faktorski model
<b>Watson, Clark i sur (1995)</b>	učenici 17-18 god, opća populacija, ovisnici	PANAS	3 faktorski model

*Legenda: PANAS = Positive and Negative Affect Scale, CDI = Children's Depression Inventory, RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale, MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children, SCAS = Spence Children's Anxiety Scale, RADS = Reynolds Adolescent Depression Scale, SASC-R = Social Anxiety Scale for Children-Revised, BHIF = Baltimore How I feel, PANAS-C = Positive and Negative Affect Scale for Children.*

Mnoga istraživanja upućuju na to da niski pozitivni afekt nije samo karakteristika depresije, kako to tripartitni model predviđa, nego je često povezan i sa socijalnom fobijom. Isto tako, mnoga istraživanja pokazala su da je negativni afekt više povezan s generaliziranim anksioznim poremećajem nego s drugim anksioznim poremećajima. Nadalje, rezultati pokazuju da je fiziološka pobuđenost značajno više povezana s paničnim poremećajem nego s drugim anksioznim poremećajima. Uzevši u obzir sve navedeno, nalazi pokazuju da su faktori tripartitnog modela u različitim odnosima ovisno o vrsti anksioznog i depresivnog poremećaja. Istraživanja u kojima su dobiveni takvi nalazi prikazana su u tablici 7 (Anderson i Hope, 2008).

**Tablica 7**

*Istraživanja koja su dovela u pitanje tripartitni model (Anderson i Hope 2008).*

<b>Istraživači</b>	<b>Sudionici</b>	<b>Instrumenti</b>	<b>Nalazi</b>
<b>Brown i sur. (1998)</b>	odrasli ambulanti pacijenti	ADIS, PANAS, BDI, BAI	niski PA i SoF visoki FP s PP
<b>Burns i Eidelson (1998)</b>	studenti, odrasli ovisnici i s por. raspoloženja ili anksiozni	BDI, Burns Anx. Inventory, SCL-90	model 4 faktora: anhedonia, nespecifična anksioznost, nespecifična depresija, fiziološka pobuđenost
<b>Chorpita i sur (1998)</b>	djeca koja trebaju tretman	ADIS-C, dio iz RCMAS i CDI	visoka FP s PP, SAP
<b>Chorpita i Daleiden (2002)</b>	neklinička skupina djece i adolescenata	ADIS-C, AFARS, PANAS-C, CDI, RCMAS	visok FP s VDP
<b>Chorpita, Plummer i sur. (2000)</b>	preadolescenti koji trebaju tretman	ADIS-C, dio iz RCMAS i CDI	niski PA i SoF, visok NA ne sa SAP, SoF i VDP
<b>Jacques i Mash (2004)</b>	osnovno i srednjoškolski učenici	PH-C, AFARS, STAI, CDI	niski PA i nespecifična anksioznost, visoki FP i depresija
<b>Joiner, Blalock i sur; Joiner, Steer i sur. (1999)</b>	studenti za pilote, studenti, odrasli u psihoterapiji	BAI, ASI	visoki FP samo s PP
<b>Ollendick i sur. (2003)</b>	neklinička skupina djece i adolescenata	CDI, RCMAS	dvo faktorski model
<b>Watson, Gamez i Simms (2005)</b>	neklinička skupina odraslih	--	niski PA i SoF, visoki NA samo s GAP-om
<b>Watson i sur. (1988)</b>	klinička skupina odrasli	NA kao osobina i PA skala iz MPQ, DIS	niski PA i SoF, visoki NA ne sa SoF

**Legenda:** PA = pozitivni afektivitet, FP = fiziološka pobuđenost, NA = negativni afektivitet, SoF = socijalna fobija, PP = panični poremećaj, SAP = separacijska anksioznost, VDP = veliki depresivni poremećaj, GAP = generalizirani anksiozni poremećaj

ADIS = Anxiety Disorders Interview Schedule, PANAS = Positive and Negative Affect Scale, BDI = Beck Depression Inventory, BAI = Beck Anxiety Inventory, SCL-90 = Symptom Checklist-90, ADIS-C = Anxiety Disorders Interview Schedule-Child Version, RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale, CDI = Children's Depression Inventory, AFARS = Affect and Arousal Scale, PANAS-C = Positive and negative Affect Scale for Children, PH-C = Physiological Hyperarousal Scale for Children, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, ASI = Anxiety Sensitivity Inventory, MPQ = Multidimensional Personality Questionnaire, DIS = Diagnostic Interview Schedule.

Istraživanja koja su se bavila rodnom razlikama u dimenzijama tripartitnog modela polučila su nekonzistentne nalaze. U nekim istraživanjima nisu dobivene rodne razlike u primjenjivosti tripartitnog modela (Ollendrick i sur, 2003), dok su neka istraživanja uputila na to da se model ne može generalizirati na dječake i djevojčice (Jacques i Mash, 2004). U istraživanju djece u dobi od 9 do 16 godina Chorpita i Daleiden (2002) su kod djevojčica evidentirali više negativnog afektiviteta nego kod dječaka, dok na dimenziji pozitivnog afektiviteta rodne razlike nisu nađene. Jacques i Mash (2004) samo su kod djevojaka



srednjoškolske dobi registrirali više razine fiziološke pobuđenosti i negativnog afektiviteta te nižu razinu pozitivnog afektiviteta, dok kod djece osnovnoškolske dobi nije bilo rodni razlika. Chorpita i suradnici su (2000) kod djevojčica osnovnoškolske dobi dobili višu izraženost negativnog afektiviteta u usporedbi s dječacima, no na faktoru pozitivnog afektiviteta nisu dobivene razlike (N = 1.589).

Jedno od najvećih ograničenja tripartitnog modela je upravo to neuzimanje u obzir heterogenosti kliničkih slika među anksioznim poremećajima. Svaki anksiozni poremećaj ima svoje jedinstvenu komponentu, kao što je to anksiozna pobuđenost kod paničnog poremećaja. Potrebna su daljnja istraživanja tripartitnog modela kod djece kako bi se utvrdili odnosi među faktorima kod različitih anksioznih poremećaja kod djece. Jedna od smjernica za daljnja istraživanja je da se utvrde jedinstvene komponente za svaki anksiozni poremećaj kod djece.

De Bolle i suradnici (2010) željeli su ispitati razlikuje li se odnos faktora tripartitnog modela kod djece s obzirom na rod i izraženost psihopatologije. Dobiveni rezultati pokazali su da su djevojke imale višu razinu anksioznosti i depresivnosti, kao i da su razlike po rodu bile veće u grupi s više izraženom psihopatologijom. Takve rezultate dobili su i Compas i suradnici (1993). U njihovom istraživanju dobiven je neznačajan efekt roda na depresivnost kod ne-kliničke skupine, ali puno veći efekt roda među adolescentima u kliničkoj skupini što upućuje na to da je izraženost psihopatologije moderirala povezanost roda i depresivnosti. Forbes i Dahl (2005) dobili su nalaz da dijagnostička skupina (depresivni), pubertet i rod u interakciji predviđaju negativni afektivitet na način da je on kod depresivnih adolescentica posebno visoko izražen. Interakcijski efekt nije se pokazao značajnim kod pozitivnog afektiviteta. Navedene studije ističu važnost istraživanja interakcijskih efekata roda i kliničkog statusa kod provjere primjenjivosti tripartitnog modela na djecu i adolescente.

Od drugih metodoloških aspekata istraživanja tripartitnog modela, može se izdvojiti prijedlog istraživača Chorpita i sur. (1998) kako je primjerenije konstrukt fiziološke pobuđenosti zamijeniti sa strahom. Neki pak autori predlažu da bi se prilikom mjerenja fiziološke pobuđenosti trebali koristiti i objektivni pokazatelji poput otkucaja srca i krvnog tlaka, a ne samo da se ispituje samoopisnom tehnikom (Anderson i Hope, 2008).

Cilj tripartitnog modela je doprinijeti boljem objašnjavanju komorbiditeta anksioznosti i depresije te razlikovanju ovih poremećaja. Nas zanimaju razlike u primjenjivosti tripartitnog modela na kliničku i na ne-kliničku skupinu te na koji način rodne razlike dodatno diferenciraju primjenjivost modela između te dvije skupine, ali i koja je uloga kognicija.

## 1.7 KOGNITIVNE TEORIJE I MODELI

Kognitivni modeli emocionalnih poremećaja u svojoj osnovi su dijateza – stres modeli. Kao takvi pretpostavljaju da depresivni i anksiozni poremećaji nastaju uslijed interakcije između kognitivne ranjivosti i uvjeta u okolini koji su odigrali ulogu okidača dijateze što je dovelo do razvoja poremećaja (Ingram i sur., 1998).

Kognitivne teorije koje se bave faktorima ranjivosti za razvoj depresije polaze od pretpostavke da je kognitivna ranjivost kontinuum na kojem neki pojedinci imaju viši stupanj kognitivne ranjivosti, a neki niži. Na sličan način i stresni događaji se mogu promatrati kao kontinuum, pri čemu su neki stresni događaji negativniji od drugih. Prema opisanom pristupu, što je veći stupanj kognitivne ranjivosti, to je potreban manje negativan stresni događaj da bi se razvio poremećaj. I obrnuto, čak i osobe koje imaju nizak ili umjeren stupanj kognitivne ranjivosti, u situacijama ekstremnog stresa, u riziku su za razvoj poremećaja (Ingram i sur., 1998).

Kognitivni modeli nastoje objasniti kako ljudi stječu iskustva te kako okolinskim podražajima pridaju smisao (Davison i Neale, 2002). Kognitivne teorije otvorile su nove perspektive i u psihopatologiji, kako u pogledu istraživanja i razumijevanja brojnih psihičkih poremećaja, tako i u psihoterapiji (Szentmartoni, 1985) od kojih su najpoznatije Beckova kognitivna terapija i Ellisova racionalno emocionalna terapija.

Kognitivni pristup polazi od pretpostavke da postoji „mentalni filter“ pomoću kojeg osoba procjenjuje događaje iz okoline, vrednuje ih, procjenjuje kako joj se čine, tiču li je se uopće, sviđaju li joj se te jesu li pozitivni ili negativni ti događaji (Biro, 1990). Taj mentalni filter nalazi se između podražaja i reakcije, a druge kognitivne funkcije poput pamćenja, percepcije, odlučivanja, imaju medijacijsku ulogu u stvaranju veze između pojedinca i svijeta koji ga okružuje. U tom procesu ljudi se razlikuju pa će tako depresivne osobe puno više pažnje posvećivati negativnim podražajima i informacijama iz okoline, a i iz vlastitog iskustva, dok će anksiozne osobe više pažnje usmjeravati na ustrašne i potencijalno opasne podražaje i situacije, kao i prošla iskustva (izbjegavanja) opasnosti.

Na isti način dolazi i do razvoja i nastanka poremećaja prema kognitivnom modelu. Svaki čovjek ima svoj „mentalni filter“, svoj doživljaj sebe. U kognitivnoj teoriji to se naziva „kognitivnom shemom“ i ona određuje na koji način će se doživljavati stvarnost, što će se sve pamtiti i kako će se koji događaj objasniti. Jedan od citata koji sjajno opisuje kognitivni model je Shakespearov: „Ništa nije samo po sebi dobro, ni loše, zavisi samo što o tome mislimo“. Kako svatko ima svoju kognitivnu shemu, važno je da ona previše ne „izokrene“

stvarnost, odnosno da postoji visok sklad između stvarnosti i tih naših unutrašnjih kategorija. Kada je tome tako, onda je i slijed percepcija – kognicija – emocija u velikoj mjeri određen zahtjevima i karakteristikama vanjske stvarnosti. Kada to nije tako, nego je shvaćanje situacije više određeno unutrašnjim shemama, nego realitetom i vanjskim podražajima, onda govorimo o poremećaju doživljavanja, odnosno o psihičkom poremećaju.

Ono što dodatno usložnjava odnose jest što ponašanje osobe nije određeno samo mentalnim filterom, već na osobu djeluje niz drugih faktora – biološki faktori i okolinski faktori, vještine pojedinca i sposobnosti suočavanja te doživljaj sebe i odnos prema drugima. Zbog toga su prema kognitivnom modelu uzroci poremećaja, osim bioloških i genetskih faktora te faktora uzrokovanih nepovoljnim utjecajem okoline, važni i deficiti vještina te maladaptivni oblici odgovora na stres, kao i kognitivne distorzije. Na primjer dijete koje je povučeno i socijalno anksiozno često ima i deficit socijalnih vještina i ne zna kako se približiti drugoj djeci i započeti interakciju s njima pa se najčešće povlači čime si uskraćuje priliku da uvježba socijalne vještine.

Prema kognitivnom modelu dijete u ranom djetinjstvu formira bazična vjerovanja o sebi i svijetu oko sebe. Ta bazična vjerovanja su filter za sva kasnija vjerovanja. Bazična vjerovanja mogu biti pozitivna i negativna. Negativna se uglavnom odnose na bespomoćnost i nevoljenost. Primjer negativnog bazičnog vjerovanja je „Ja sam nesposobna“, a dijete ga je formiralo na osnovu kritičkih primjedbi roditelja i drugih značajnih osoba kao i na temelju ranih iskustava (neuspjeha, zlostavljanja, trauma i sl.). Iz bazičnog vjerovanja formiraju se posredujuća vjerovanja, koja čine pretpostavke o sebi i svijetu te pravila i stavove. Osoba koja ima bazično vjerovanje da nije sposobna, može na primjer kao posredujuće vjerovanje imati „Ako nešto ne razumijem savršeno, onda sam glupa.“ (Beck i sur., 1979).

U istraživanju etiologije depresije često se polazi od tri kognitivne teorije: Beckova teorija depresije (Beck, 1987), Teorija beznađa (Abramson i sur., 1989) i Teorija vrste odgovora (Nolen-Hoeksema, 1991). Svaka od ovih teorija izdvaja različite kognitivne faktore ranjivosti za razvoj depresije (negativan kognitivni stil, disfunkcionalni stavovi i ruminacije).

### 1.7.1 BECKOV MODEL DEPRESIJE

Najpoznatiji kognitivni model je model depresije Aarona Becka. Na njegovoj osnovi nastali su kasniji modeli. Središnju uloga u nastanku poremećaja kognitivni model pripisuje automatskim mislima. One se javljaju potaknute vanjskim događajem, kratke su i brze, mogu biti u formi slike, i izazivaju emocionalnu reakciju, koja pak utječe na pamćenje i percepciju pri tome je selektivno usmjeravajući pa se kao rezultat zapažaju podražaji koji podržavaju misao, a misao utječe i na ponašanje osobe, koja reagira na način da potvrdi točnost automatske misli. Na primjer, osoba se boji psa i kad vidi psa na ulici pomisli „napast će me“. To kod osobe izazove strah, prisjeti se slika koje je vidjela ili zamislila u glavi kako napad psa može izgledati i „spašava se“ prelaskom na drugu stranu ulice. Tim postupkom doživljava olakšanje jer je izbjegla opasnost, ali strah od psa raste, kao i vjerojatnost da će i idući put kada vidi psa pobjeći. Na taj način zatvara se "krug poremećaja" iz kojeg je teško izaći. Tako najčešće nastaju anksiozni poremećaji.

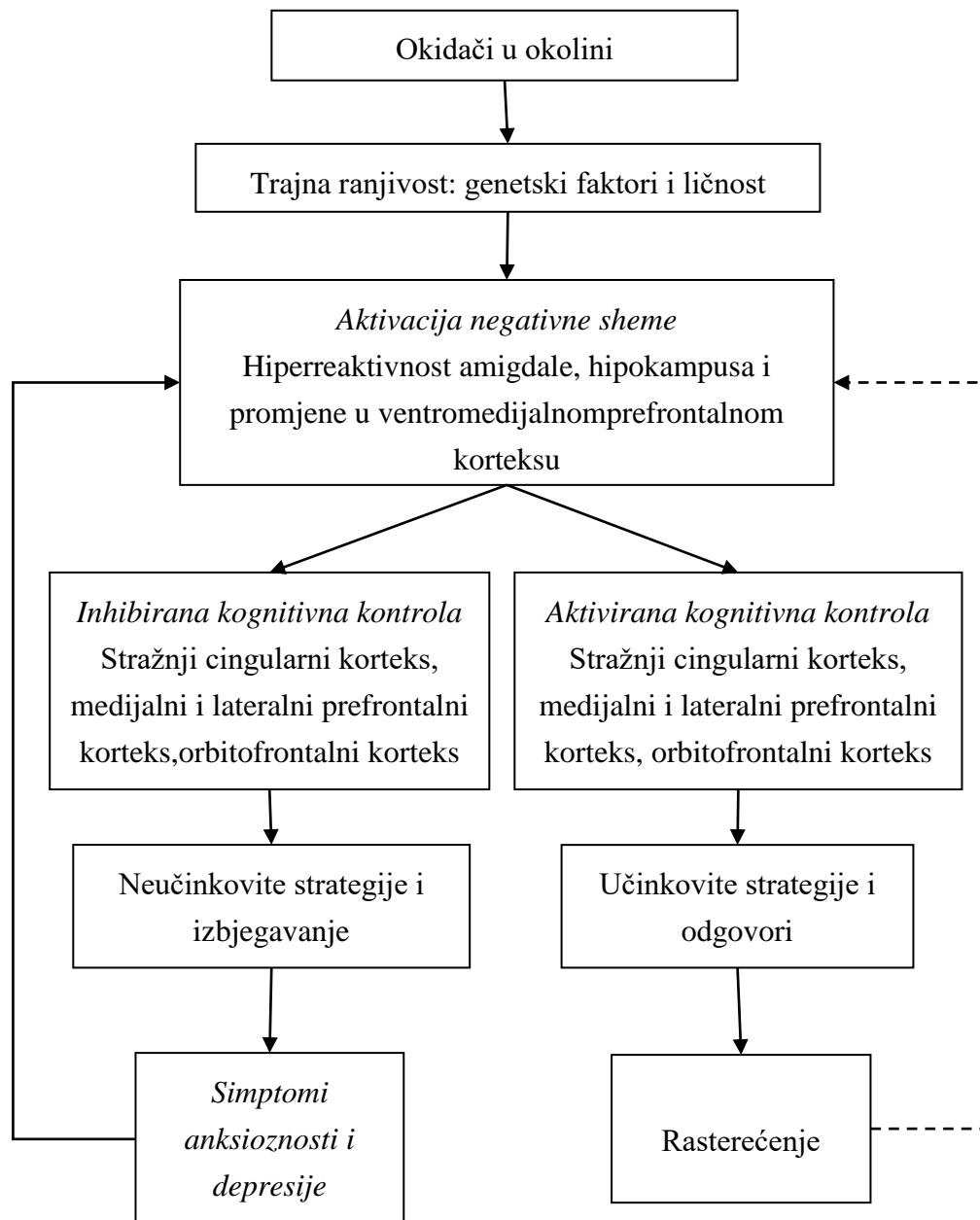
Za nastanak depresije ključne su negativne automatske misli koje su vezane za situaciju i one pokreću depresivne simptome koji mogu biti: kognitivni, emocionalni, somatski, ponašajni i motivacijski. Automatske misli ovise o spomenutim posredujućim i bazičnim vjerovanjima. Vjerovanja su neovisna o situaciji, općenita su slika koju imamo o sebi, drugima i svijetu. Primjer bazičnog vjerovanja depresivnih osoba je: "Ja sam osoba koju nije vrijedno voljeti." Uz formiranost negativnog bazičnog vjerovanja, za nastanak depresije, važno je i da se ono kritičnim događajem aktivira (Beck i sur., 1979).

Kao što smo naveli za dimenzije tripartitnog modela na fiziološkoj razini koje promjene odgovaraju svakom od faktora, tako ćemo i za kognitivni model nastanka poremećaja prikazati koji su neurofiziološki aspekti u podlozi (slika 9).

Slika 9 prikazuje kako su okidači iz okoline i genetska vulnerabilnost etiološki faktori kod razvoja poremećaja. Aktivacija negativne sheme ključna je za automatske misli koje imaju ključnu ulogu u generiranju emocija. Ukoliko dođe do inhibicije sustava kognitivne kontrole rezultat će biti izbjegavanje, loše strategije suočavanja te kao posljedica javljanje simptoma depresije i anksioznosti. S druge strane, aktivacija kognitivne kontrole pridonosi olakšanju i prestanku djelovanja negativne sheme i automatskim procesima koji su s njom u skladu (Clark i Beck, 2010).

## Slika 9

Neurofiziološke osnove Beckovog modela (Clark i Beck, 2010, str. 422).



Spomenuli smo kako su jedan od uzroka nastanka poremećaja prema kognitivnom modelu kognitivne distorzije, a to su distorzije u percepciji sebe, značajnih događaja i vlastitih kapaciteta. Svim anksioznim poremećajima zajedničko je da dolazi do podcjenjivanja osobne sposobnosti suočavanja s opasnosti, koja se pak precjenjuje i u svojoj veličini, ali i u mogućnost javljanja opasnosti. Kod djece je srednje djetinjstvo osobito osjetljivo razdoblje za razvoj strahova. Tada djeca još nemaju dovoljno iskustva i zbog toga loše procjenjuju

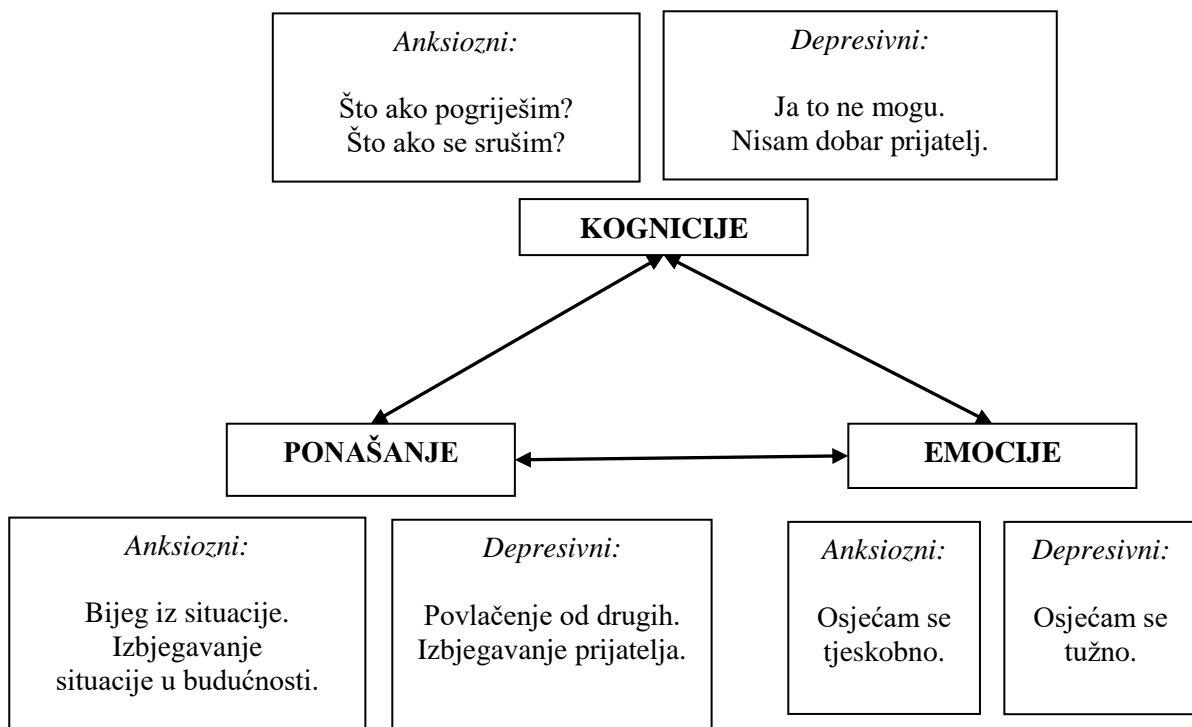
vjerojatnosti. Na primjer, dijete je čulo da postoje provalnici i sada zamišlja kako će provalnik doći k njemu u stan. Dijete pritom precjenjuje mogućnost javljanja te opasnosti jer nema predodžbu o tome koliko postoji stanova i kuća, a koliko lopova te da je malo vjerojatno da će doći baš na njegova vrata. Štoviše, on je uvjeren u to da će lopovi doći točno kada on bude sam kod kuće, pri čemu umanjuje svoju sposobnost suočavanja oko toga da ne otvara nikome, da se zaključa ili pozove pomoć ili naprosto vjeruje da neće njega ubiti čak i ako dođu. Naravno, ono za što se dijete boji da će mu lopovi ukrasti (dres od Modrića), vjerojatno je posljednje što bi lopove zanimalo. No, da sve ne bude tako crno, loše procjene vjerojatnosti kod djece dovode i do toga da su djeca uvjerena da je lako dobiti na Lotu 7, ako igraš, ako već ne odmah prvi put kad uplatiš, za mjesec dva, „sedmicu“ ćeš sigurno pogoditi!

Često spominjan termin u kontekstu kognitivnog modela u objašnjavanju depresije je depresivna trijada. Ona se odnosi na sklonost depresivnih osoba da negativno doživljavaju sebe, događaje i budućnost. Na primjer, o sebi će misliti da su nesposobni, nepoželjni, bezvrijedni, o događajima da su za njih prezahtjevni, a o budućnosti da je beznadna jer će biti ispunjena teškoćama i neuspjesima. Tako na primjer dječak koji teško savladava školski program, no u školi mu pomažu vršnjaci i nastavnici, u situaciji online nastave kada je prepušten tome da radi sam sve kod kuće, mislit će da on to ne može i da je neuspješan, da je zadataka koje im zadaju previše i da će on samo tonuti u zaostacima, da nikada to neće uspjati nadoknaditi i da će imati negativne ocjene na kraju godine, ako već ne ove godine, onda sigurno sljedeće školske godine.

Prema kognitivnom pristupu u tumačenju emocionalnih poremećaja ključna je povezanost kognicija, emocija i ponašanja. Slika 10 prikazuje karakteristične kognicije, emocije i ponašanja kod anksioznih i depresivnih osoba. Anksioznim osobama kognicije su često u formi pitanja kojima sumnjaju u svoje sposobnosti i brinu oko mogućnosti javljanja opasnosti i veličine te opasnosti. Osjećaju strah, tjeskobu, nelagodu. Ponašanje anksiozne osobe karakterizirano je izbjegavanjem, koje donosi olakšanje, ali negativno potkrepljuje strah. Osim izbjegavanja mogu biti prisutne kompulzije kojima je također funkcija reduciranje anksioznosti. Kod depresivnih osoba misli nisu toliko u formi pitanja, koliko su to čvrsti, negativni stavovi o sebi i svojim sposobnostima koje osoba uzima kao da su činjenice. Osjećaju tugu, sram i krivnju. U ponašanju dominira sklonost povlačenju i socijalnom izoliranju.

## Slika 10

*Kognitivni pristup tumačenju anksioznosti i depresije*



Iz dosadašnjeg prikaza kognitivnog modela, a i iz slike 10 možemo vidjeti kako se misli i sadržajno razlikuju. Osim logične podjele misli na pozitivne i negativne, postoje i razlike u sadržaju negativnih misli, na osnovu kojih ih možemo podijeliti na anksiozne i depresivne misli. U idućem poglavlju prikazat ćemo istraživanja kognitivnih modela, kako na temu razlikovanja anksioznih i depresivnih misli, tako i na temu važnosti pozitivnih misli u tumačenju psihopatologije, a i za kraj o istraživanjima omjera pozitivnih i negativnih misli. Pozitivne i negativne misli u objašnjavanju anksioznosti i depresivnosti također su uz tripartitni model tema ovog rada.

### 1.7.2 TEORIJA BEZNADNOSTI

Teorija beznadnosti je kognitivna dijateza – stres teorija koja objašnjava niz uzroka koji svojim međudjelovanjem dovode do nastanka specifičnog osjećaja beznada u okviru depresije (Abramson i sur, 1989). Teorija izdvaja tri depresogena stila koji dovode do razvoja osjećaja beznada. Prvo, to je sklonost da se negativni događaji pripisuju globalnim i stabilnim

uzrocima. Drugo, sklonost doživljavanju negativnih događaja kao da će oni imati katastrofalne posljedice. Treće, sklonost da se na sebe gleda kao nesposobnog u nošenju s negativnim događajima. Beznadnost možemo definirati kao očekivanje da će se negativan događaj dogoditi i da se pozitivan događaj neće dogoditi, pri čemu pojedinac ne može učiniti ništa u vezi toga. Kada dođe do osjećaja beznadnosti, depresija je neizbježna (Abela i Hankin, 2009).

Teoriji beznadnosti bliska je Teorija atribucije, u smislu objašnjavanja uzroka problema, a time u slučaju negativnih atribucija kao ranjivosti za depresiju. Uzroci nekog problema mogu biti globalni ili specifični, postojani ili nepostojani, unutarnji ili vanjski. Najteže je suočavanje s uzrocima koji su globalni, postojani i unutarnji, pa je onda teško i njihovo rješavanje. S druge strane, problemi koji su vezani za specifični, nepostojani i vanjski uzrok lakši su i za suočavanje s njima i za njihovo rješavanje (Jokić-Begić, 2021.). Depresivna osoba negativne će događaje objašnjavati rigidno, uzroke opisujući kao globalne, unutarnje i postojane.

### *1.7.3 TEORIJA VRSTE ODGOVORA*

Teorija vrste odgovora polazi od toga da način na koji osoba reagira na simptome depresije određuje trajanje i težinu poremećaja (Nolen Hoeksema, 1991). Teorija izdvaja dvije reakcije: ruminaciju i distrakciju. Osobe koje reagiraju distrakcijama doživljavaju olakšanje. S druge strane, ruminacija pojačava i produžuje simptome depresije preko nekoliko mehanizama. Prvo, pojačava utjecaj depresivnog raspoloženja na način da se negativne automatske misli i sjećanja javljaju češće dok osoba ruminirajući nastoji shvatiti svoje poteškoće. Drugo, zbog negativnog mišljenja i pesimizma otežano je aktivno rješavanje problema i suočavanje s poteškoćama. Treće, ruminacija negativno utječe na motivaciju za adaptivno ponašanje pa osoba često izbjegava rješavanje problema. Iako depresivne osobe znaju koji su učinkoviti načini rješavanja problema, ne odlučuju se provesti ih (Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016). Četvrto, ruminacije produžuju emocionalne poteškoće i na način da narušavaju socijalne odnose jer su drugi umorni od slušanja ruminacija (Young i Nolen-Hoeksema, 2001).

Teorije kognitivne ranjivosti od velike su važnosti u objašnjavanju depresije i neizbježnih činjenica poput: dramatičnog porasta stope depresije počevši od srednje adolescencije, rodni razlika u depresiji počevši od rane adolescencije i učestalosti ponovnog javljanja depresivnih epizoda kod oboljelih (Abela i Hankin, 2009).



Istraživanja ruminacija kod depresivnih osoba uglavnom potvrđuju da je ruminiranje prediktor depresivnih simptoma, da umanjuje efikasnost osobe u rješavanju problema, da negativno utječe na koncentraciju i motivaciju te produžuje trajanje depresivnog raspoloženja. Osim toga, osobe koje ruminiraju više su samokritične, sklone samookrivljanju za svoje probleme, sniženog su samopouzdanja, pesimistične u pogledu budućnosti i u procjeni svojih sposobnosti za rješavanje problema (Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016.).

Osim ruminacija, i potiskivanje misli te izbjegavanje suočavanja i rješavanja problema su česti pokušaji depresivnih osoba da reguliraju negativna emocionalna stanja, ali svi navedeni mehanizmi jedino doprinose održavanju depresivnosti (Wenzlaff i Luxton, 2003).

#### *1.7.4 KOGNITIVNI MODEL ANKSIOZNOSTI*

Na kognitivnoj razini anksioznost se manifestira kao problemi u mišljenju kao što su slaba koncentracija, nesposobnost kontroliranja i blokiranja misli, poteškoće u rasuđivanju te kognitivne distorzije. Kognitivni faktori kao što su očekivanja, tumačenja, uvjerenja i sjećanja igraju ključnu ulogu u nastanku i odražanju anksioznosti (Clark i Beck, 2010). Kognicije igraju ključnu ulogu u razumijevanju normalnih i patoloških stanja anksioznosti. U osnovi maladaptivne anksioznosti je pogrešna ili pretjerana interpretacija prijetnje u nekoj situaciji ili okolnostima zbog čega se osoba osjeća ugroženom (Clark i Beck, 2010).

Polazeći iz kognitivne perspektive proučavanja anksioznosti Beck i Clark (1997) razlikuju 3 faze procesiranja informacija koje karakteriziraju automatski procesi. U prvoj fazi percepcije prijetećeg podražaja, procesiranje informacija odvija se brzo, nevoljno i na predsvjesnoj razini. S obzirom na te procese određuju se valencija i značaj podražaja za osobu. Nakon toga slijedi druga faza u kojoj se osim automatskih procesa javljaju i procesi procjene prijetnje odnosno semantička analiza prijetećeg podražaja. U toj fazi dolazi do aktiviranja automatskih ponašajnih, tjelesnih, emocionalnih i kognitivnih cilju usmjerenih reakcija koje predstavljaju anksioznost.

Aktivacija druge faze zapravo dovodi do ograničavanja kognitivnog procesiranja i tada nastaju različite kognitivne pristranosti poput selektivnog apstrahiranja, crno-bijelog gledanja, precjenjivanja javljanja prijetećeg podražaja, generaliziranja prijetnje, ignoriranja pozitivnih aspekata i netolerancije na neizvjesnost što dovodi do katastrofičnog razmišljanja karakterističnog za osobe s anksioznim poremećajem. Dolazi do javljanja negativnih automatskih misli. U trećoj fazi aktiviraju se druge kognitivne sheme koje omogućuju konstruktivniju procjenu prijetećeg podražaja jer osoba procjenjuje vlastitu sposobnost

suočavanja s prijetnjom. Moguća su tri ishoda ove treće faze. Prvo, može doći do povećanja anksioznosti jer osoba zbog prevladavajućih automatskih procesa zbog kojih se podražaj percipira prijetećim ne uspijeva učiniti konstruktivniju ni realniju procjenu situacije. Drugo, može doći do smanjenja anksioznosti jer osoba uspijeva realnije procijeniti situaciju i time smanjiti prvotnu procjenu prijetnje ili povećati osjećaj vlastite sposobnosti suočavanja s prijetnjom. Treće, anksioznost može ostati na istoj razini s obzirom na prijeteći podražaj jer osoba koristi obrambena ponašanja kao što je izbjegavanje situacije. Anksiozni poremećaji javljaju se upravo zbog iskrivljenih kognitivnih shema u skladu s kojima se stvarnost tumači kao opasna i prijeteća, a u skladu s tim iskrivlju se i informacije o sebi, svijetu i budućnosti. Iako se kognitivne teorije za pojedine anksiozne poremećaje razlikuju zbog specifičnih obilježja svakog od poremećaja, svima su im zajedničke: pristranosti u pažnji, interpretacijama i pamćenju prijetećih informacija (Beck i Clark, 1997).

#### 1.7.5 TEORIJA STANJA UMA

Teorija stanja uma (*State of mind* – SOM, Schwartz i Garamoni, 1989), pretpostavlja da omjer pozitivnih i negativnih misli definira radi li se o psihičkom zdravlju ili prisutnosti emocionalnog poremećaja. Omjer pozitivnih i negativnih misli izračunava se dijeljenjem pozitivnih samo-izjava sa zbrojem pozitivnih i negativnih samo-izjava ( $P/P+N$ ). S obzirom na dobiveni rezultat, odnosno omjer, autori definiraju sedam kategorija koje opisuju svakodnevno funkcioniranje osobe na dimenziji na kojoj je s jedne strane prilagođeno, a s druge neprilagođeno svakodnevno funkcioniranje (Schwartz i Garamoni, 1989). Kategorije su definirane tako da optimalno funkcioniranje predstavlja omjer od .67 do .70 u korist pozitivnih kognicija (autori ga nazivaju pozitivni dijalog), a vrijednosti omjera koje su više od .69 mogu upućivati na pozitivni monolog, što je karakteristično za grandioznost. Omjer od oko .62 upućuje na prilagođeno svakodnevno funkcioniranje u stresnim situacijama (autori tu kategoriju nazivaju dijalog uspješnog suočavanja). Ukoliko je omjer niži od .62 dolazi do pojave simptoma emocionalnih poremećaja. Podjednaki omjer pozitivnih i negativnih misli, oko .50 definiran je kao konfliktni dijalog i smatra ga se povezanim s blagom do umjerenom anksioznošću jer ga karakterizira nesigurnost, napetost i neodlučnost. Kako negativne misli sve više prevladavaju i psihopatološki znaci su izraženiji, pa je omjeru .38 koji predstavlja negativni dijalog povezan s izraženošću emocionalnih poremećaja poput anksioznosti i depresije, a još veća prevlast negativnih misli s omjerima manjim od .31 predstavlja kategoriju negativnog monologa koji je povezan s teškim psihičkim poremećajima i stanjima.

### 1.7.6 MOĆ NE-NEGATIVNOG MIŠLJENJA

Moć ne-negativnog mišljenja model je kojeg su razvili autori Kendall i Hollon (1981). Za ispitivanje modela razvili su upitnik koji ispituje negativne automatske misli i polazi od Bekovog kognitivnog modela depresije prema kojem su negativne automatske misli ključne za pojavu depresivnih simptoma. Upitnik automatskih misli sadrži 30 negativnih samo-izjava. Sudionik procjenjuje koliko često mu se svaka od tih misli javila u posljednjih tjedan dana. Primjena upitnika ATQ potvrdila je dobra metrijska svojstva i na kliničkim i na ne-kliničkim skupinama sudionika, a uglavnom je korištena kod odraslih.

Sada će bit prikazani teorijski modeli koji opisuju povezanost kognitivnih konstrukata s anksioznosti i depresijom. Kognitivni konstrukti koji se posebno ističu u objašnjavanju ovih emocionalnih poremećaja su: ruminacija, metakognitivna vjerovanja, usredotočena svjesnost i potiskivanje misli.

Metakognitivni pristup polazi od pretpostavke da emocionalne poteškoće održavaju metakognicije koje uzrokuju obrazac reagiranja na stres i unutarnja stanja, koji održava neugodne emocije i učvršćuje disfunkcionalna vjerovanja (Wells, 2009).

## 1.8 METAKOGNITIVNI MODEL EMOCIONALNIH POREMEĆAJA

Metakognitivni model emocionalnih poremećaja Wellsa i Matthews (1996) prikazuje ulogu kognitivnih i metakognitivnih faktora koji su u osnovi nastanka i održavanja emocionalnih poremećaja. Model samoregulirajućih izvršnih funkcija (engl. *Self-Regulatory Executive Function model*, S-REF model) pretpostavlja da su kognitivni procesi raspoređeni na tri interaktivna nivoa: 1. razina nižeg stupnja procesiranja informacija na kojoj se doživljavaju automatske misli koje su oblik unutarnjeg govora i koje kada su negativne postaju presudne za pojavu i održavanje depresivnog poremećaja, 2. razina je svjesna obrada misli i ponašanja, to je izvršna razina i na njoj se procjenjuju vanjski događaji i unutarnja iskustva te se bira strategija suočavanja i 3. razina vlastitih znanja i vjerovanja (Wells i Mathews, 1996; Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016.).

Prema metakognitivnom modelu emocionalni poremećaji povezani su s aktivacijom štetnog načina mišljenja koji se naziva sindrom kognitivne pažnje (engl. *cognitive attentional syndrome*, CAS). Sindrom kognitivne pažnje predstavlja ponavljajući način mišljenja u obliku briga ili ruminacija, usmjeravanje pažnje na prijetnju te strategije suočavanja koje nisu

učinkovite poput potiskivanja misli ili izbjegavajućeg ponašanja. Sindrom kognitivne pažnje nastaje iz metakognitivnih znanja i vjerovanja te održava i jača negativna emocionalna iskustva jer ruminacija zadržava fokus i usmjerenost osobe na depresivne simptome (Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016.). Premda je glavno obilježje sindroma kognitivne pažnje kod depresivnih ruminacija, zabrinutost je također značajan faktor. Upravo naizmjeničnost ruminacija i briga u depresiji vodi do negativnih doživljaja, a može rezultirati i osjećajem beznadnosti (Wells, 2009).

Metakognitivni pristup ruminacije i brige vidi kao dobrovoljne i aktivne strategije suočavanja s osjećajima. Svrha ruminacije osobi je obično da bolje shvati razloge zbog kojih se osjeća tužno te da razradi uznemirujuće misli i osjećaje. Brige su usmjerene na predviđanje opasnosti i traženje načina kako da se opasnost izbjegne (Papageorgiou i Wells, 2004). Zbog toga su prema metakognitivnom modelu oba tipa mišljenja strategije usmjerene na samoregulaciju emocija, a potaknute su negativnim mislima, osjećajima ili doživljajima, kod anksioznosti veznim za opasnost, a kod depresije za gubitak.

#### *Metakognitivni model depresivnosti*

Ruminacije se smatraju glavnim obilježjem sindroma kognitivne pažnje u metakognitivnom modelu depresije (Wells, 2009). Ruminacije predstavljaju ponavljajuće misli o vlastitim problemima koje se teško mogu kontrolirati. Osim kod depresije, ruminacije se javljaju i kod raznih anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja (Matthews i Wells, 2004). U metakognitivnom modelu ruminacije i depresije Papageorgioua i Wellsa (2004) razdvajaju se pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja. Osoba smatra da joj ruminacija može pomoći u suočavanju sa svojim emocionalnim stanjem ili problemom, no kada ruminacije ne uspiju dovesti do poboljšanja, dolazi do povećanja ruminacija i sniženja raspoloženja kao i do neučinkovitosti u rješavanju problema. Zbog neuspjeha u poboljšanju stanja mogu se javiti negativna metakognitivna uvjerenja koja su povezana s nekontrolabilnošću i štetnošću ruminativnog razmišljanja pa osoba počinje misliti još više loše o sebi, samookrivljavati se zbog ruminiranja i neuspjeha, a prema modelu se smatra da upravo te negativne metakognicije pridonose održavanju depresivnog raspoloženja.

#### *Metakognitivni model anksioznosti*

Zabrinjavanje se također smatra glavnim obilježjem sindroma kognitivne pažnje u metakognitivnom modelu, pri čemu se zabrinjavanje vezuje uz velik broj emocionalnih poremećaja. Generalizirani anksiozni poremećaj se smatra oglednim primjerom sindroma

kognitivne pažnje. Osobe koje pate od generaliziranog anksioznog poremećaja pokazuju ekstremnu i/ili kroničnu zabrinutost, a često i tjelesne simptome koji je prate. Osobe s ovim poremećajem teško kontroliraju sklonost zabrinjavanju, žale se na umor, razdražljivost, napetost i nesanicu (Wells, 2009).

Mnoga istraživanja potvrđuju povezanost metakognicija i emocionalnih poremećaja među kojima su: depresija (Papageorgiou i Wells, 2004; Saed i sur., 2010), generalizirani anksiozni poremećaj (Wells, 1999a; Wells, 1999b; Wells i Carter, 2001), ispitna anksioznost (Matthews i sur., 1999; Živčić-Bećirević i sur., 2009), posttraumatski stresni poremećaj (Roussis i Wells, 2006) i opsesivno-kompulzivni poremećaj (Wells i Papageorgiou, 1998).

Nolen-Hoeksema (1991) opisuje dvije vrste ruminacija: promišljanje (eng. reflection) koje odražava neutralne misli okrenute sebi i nastojanje osobe da riješi problem; i „brooding“ (eng. brooding) koji odražava pasivno prepuštanje negativnim, emocionalno obojenim, „crnim“ mislima. Istraživanja su pokazala da je promišljanje adaptivna forma ruminiranja, dok je brooding neadaptivan i štetan te da intenzivira depresivno raspoloženje (Treyner i sur. 2003; Nolen-Hoeksema, 2004).

Skлонost ruminiranju pokazalo se da je stabilna osobina ličnosti, što ruminacijama daje status faktora kognitivne vulnerabilnosti za depresivno raspoloženje i depresiju. Individualne razlike u sklonosti ruminiranju ne mijenjaju se s vremenom čak i kada se mijenja intenzitet depresivnosti (Leen-Feldnera i sur., 2004; Nolen-Hoeksema i sur., 1993, Brinker i Dozois, 2009)

### *1.8.1 TRANSDIJAGNOSTIČKI KOGNITIVNI FAKTORI*

U posljednjih trideset godina raste broj istraživanja koja naglašavaju ulogu različitih kognitivnih faktora i načina obrade informacija koji su povezani s nastankom i održavanjem emocionalnih poremećaja.

Postoje nalazi za različite faktore depresije i anksioznosti koji su stabilni s obzirom na dob i rod (Boylan i sur., 2011). Istodobno javljanje ovih poremećaja može se objasniti zajedničkim faktorom – negativnim afektivitetom (Watson, 2009), što je osobito prisutno kod komorbiditeta depresije i generaliziranog anksioznog poremećaja (Trospen i sur. 2012). Pokazalo se da negativni afektivitet može uključivati “transdijagnostičke faktore” koji uključuju neuroticizam (Griffith i sur., 2010), ruminacije (McLaughlin i Nolen-Hoeksema, 2011) i netoleranciju na neizvjesnost (Mahoney i McEvoy, 2012).

Meta-analiza strukturalnog lineranog modeliranja šest vrsta kognitivne ranjivosti

specifičnih za depresiju (pesimistički stil zaključivanja, disfunkcionalni stavovi i ruminacije) i anksioznost (anksiozna osjetljivost, netolerancija na neizvjesnost i strah od negativne procjene) identificirala je umjerene do jake korelacije i jednofaktorski model koji najbolje odgovara podacima iz 73 istraživanja, upućujući na zajedničku etiološku podlogu ova dva klinička entiteta koja se nalazi u neučinkovitoj obradi informacija (Hong i Cheung 2015).

Kod depresivnih osoba javlja se kognitivna pristranost u procesiranju informacija u svim aspektima obrade: pažnji, pamćenju i interpretaciji (Mathews i MacLeod, 2005). Veza između kognitivne pristranosti i disregulacije emocija u depresiji može se objasniti preko nekoliko mehanizama: deficiti inhibitornih procesa i radne memorije (Joormann, 2005), ruminacije (Nolen-Hoeksema, 2000) i smanjena mogućnost korištenja pozitivnih podražaja u regulaciji negativnog raspoloženja (Joormann i Siemer, 2004).

Istraživanja pokazuju da pristrana obrada informacija povećava rizik za javljanje depresivnih simptoma, ali i za povratak depresivnog poremećaja zbog čega se pristrana obrada informacija može smatrati relativno stabilnim faktorom vulnerabilnosti za depresiju (Abramson i sur., 2002; Alloy i sur., 2006). Depresivne osobe i osobe koje su vulnerabilne za razvoj depresije, sklone su upamćivanju i dosjećanju značajno više negativnih, nego pozitivnih i neutralnih informacija, a u usporedbi s nedeprativnima, značajno manje pamte i dosjećaju se pozitivnih informacija (Denny i Hunt, 1992; Matt i sur., 1992).

Anksiozni poremećaji dovode do promjena u procesiranju informacija na tri razine: na perceptivnoj razini anksiozni odabiru podražaje koji su prijeteći, na interpretativnoj razini anksiozni su skloni nejasne podražaje tumačiti kao opasne, a na razini pamćenja skloni su upamćivanju i lakše dosjećanju ustrašnih situacija (Begić, 2016).

Papageorgiou (2006) ističe kako mnoge situacije pokreću "Zašto?" pitanja koja se odnose na prošlost i "Što ako?" pitanja koja se odnose na budućnost. Oba ta upita predviđaju da će osobe sklone ruminiranju biti sklone i zabrinjavanju, a one koje su sklone zabrinjavanju bit će sklone ruminiranju. Moglo bi biti korisno razlikovati negativne misli usmjerene prema budućnosti (npr. zabrinutost) i one usmjerene prema prošlosti (npr. preživavanje). Zabrinjavanje i ruminiranje mogu poticati jedno drugo (Eysenck i Faskowska, 2018).

Slične pristranosti u obradi informacija - negativne kognicije i pogreške u obradi informacija, kao što su katastrofiziranje, ruminacija i zabrinutost, karakteriziraju i anksioznost i depresiju (Dozois i Beck, 2008; Martin i Tesser, 1996; Garber i Weersing, 2010). Maladaptivna tumačenja socijalnih situacija posebne su kognitivne pristranosti povezane i sa socijalnom anksioznošću i s depresijom (Wilson i Rapee, 2005). Poput depresivnih osoba i osobe s visokom socijalnom anksioznošću imaju tendenciju stvarati interne, stabilne i

globalne atribucije za neuspjehe u socijalnim situacijama (Alfano i sur., 1994; Hope i sur., 1989).

Selektivnost pažnje i interpretacija podražaja kao prijetećih smatra se da pogoršava simptome internaliziranih poremećaja (Dalglish i sur., 2003; Lonigan i sur., 2003) a povratno, kognitivni simptomi anksioznosti i depresije pojačavaju pažnju i interpretaciju negativnih podražaja (Brozovich i Heimberg, 2008).

Razumijevanje faktora koji predviđaju razvoj simptoma anksioznosti i depresije nužno je kako bi se omogućile rane intervencije za ublažavanje ovih problema. Provedeno je prospektivno istraživanje dva kognitivna faktora, osjetljivost na anksioznost i pristranost pažnje, koji se pokazali značajnima u razvoju simptoma anksioznosti i depresije godinu dana kasnije (Ho i sur., 2018.).

Pristranost i selektivnost pažnje da se odaberu pozitivne ili negativne informacije kognitivni je stil procesiranja (Noguchi i sur., 2006). Općenito, metode za istraživanje pristranosti i selektivnost pažnje mogu se podijeliti u dvije kategorije: eksperimentalne paradigme i psihometrijski instrumenti (skale/upitnici) (Ho i sur., 2018). U istraživanju Yeunga i sur., (2015) korištena je skala Pažnje usmjerene na pozitivne i negativne informacije (eng. *Attention to Positive and Negative Information Scale*, APNIS) koju su razvili Noguchi i sur. (2006). Sastoji se od dvije dimenzije: skale pozornosti na pozitivne informacije (eng. *Attention to Positive Information API*) i skale pozornosti na negativne informacije (eng. *Attention to Negative Information ANI*). Skale su različito povezane s afektom: API je povezan s pozitivnim afektom, a ANI s negativnim afektom (Noguchi i sur., 2006). Pokazalo se da je samoprocjena pristranosti pažnje povezana s mnogim simptomima psiholoških poteškoća kod adolescenata (Yeung i sur., 2015).

Eksperimentalna istraživanja pokazala su kako pobuđivanje ruminacije u kontekstu stresnih situacija može potaknuti i anksiozne i depresivne simptome (Blagden i Craske 1996). Ruminacije i zabrinutosti jako su povezani i čine transdijagnostički faktor općeg distresa, koji se smatra zajedničkim simptomom anksioznosti i depresije (Kalmbach i sur. 2016; Ehring i Watkins, 2008)

Meta-analize čimbenika rizika i zaštitnih čimbenika među adolescentima i studentima upućuju na to da su automatske misli, disfunkcionalni stavovi i ruminativni stil reagiranja značajno povezani s depresivnim simptomima (Tang i sur., 2020). Misli koje se odnose na osobni neuspjeh zajednički su faktor anksioznosti i depresije (Keefer i sur., 2018).

Još jedan važan metakognitivni fenomen je i anksiozna osjetljivost. Anksiozna osjetljivost definira se kao osjetljivost na simptome tjeskobe, a manifestira se u vidu uvjerenja

o posljedicama koje doživljaj anksioznosti može imati na osobu. Osobe s visokom osjetljivošću na anksioznost vjeruju da anksioznost može dovesti do srčanog udara ili gubitka kontrole što uzrokuje dodatnu anksioznost. Osobe s niskom osjetljivošću na anksioznost smatraju da simptomi anksioznosti nisu opasni (Reiss, 1991). Anksiozna osjetljivost rizični je kognitivni faktor za razvoj anksioznih poremećaja, posebice paničnog poremećaja.

Uz anksioznu osjetljivost često se vezuje i transdijagnostički faktor netolerancija na neizvjesnost/nesigurnosti, koja predstavlja tendenciju da se nejasne situacije percipiraju prijetećima. Taj faktor posebno je karakterističan za osobe koje pate od generaliziranog anksioznog poremećaja pa su i terapijske intervencije usmjerene na povećanje sposobnosti toleriranja neizvjesnosti korisne u terapiji ovog poremećaja (Vulić-Prtorić, 2006). Prema Carletonu i sur. (2013) povezanost transdijagnostičkih faktora anksiozne osjetljivosti i netolerancije nesigurnosti u ponašanju izbjegavanja, doprinosi razumijevanju paničnog poremećaja. Netolerancija na neizvjesnost skup je negativnih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih reakcija na situacijsku neizvjesnost (Vander i Etienne, 2016.). Istraživači su definirali netoleranciju neizvjesnosti kao konstrukt sastavljen od četiri dimenzije: (1) osoba doživljava neizvjesnost uznemirujućom i stresnom, (2) pripisuje je nepodnošljivoj situaciji i treba je izbjegavati, (3) neizvjesnost doživljava kao nepravednu i (4) netolerancija neizvjesnosti onesposobljuje osobu da djeluje (Robichaud, 2013). Netolerancija na neizvjesnost nalazi se u podlozi različitih fenomena koji se povezuju s pretjeranom brigom i posljedično teškoćama u rješavanju problema povezanih s nekontroliranom brigom te može interferirati s rješavanjem problema (Freeston i sur., 1994). Kada osoba pristupi problemu kojeg treba riješiti netolerancija na neizvjesnost dovodi do impulzivnog ponašanja. Impulzivno ponašanje smanjuje neizvjesnost, ali ne rješava problem. Ili pak zbog netolerancije na neizvjesnost osobe budu neodlučne i traže puno dokaza kako bi mogle donijeti odluku. Priroda neizvjesnosti može razlikovati od poremećaja do poremećaja i time manifestacija netolerancije na neizvjesnost može ovisiti o kontekstualnim čimbenicima (Mahoney i McEvoy, 2011). Tako na primjer, netolerancija na neizvjesnost kod osoba s paničnim poremećajem može biti vezana za moguće posljedice tjelesnih simptoma, dok će netolerancija na neizvjesnost kod osoba sa socijalnom anksioznošću sadržajno biti vezana za znakove socijalne procjene.

Anksioznu osjetljivost možemo promatrati kao hijerarhijsku strukturu s jednim faktorom višeg reda (anksiozna osjetljivost) i tri faktora nižeg reda, koji uključuju: tjelesnu zabrinutost (strah od somatskih simptoma), zabrinutost za mentalnu nedostatnost (strah od mentalne nesposobnosti) i socijalnu zabrinutost (Brown i sur., 2014.). U hijerarhijskoj



strukturi anksiozne osjetljivosti, kod četiri-faktorske solucije obuhvaćeni su faktori: strah od kardiovaskularnih simptoma, strah od javno uočljivih anksioznih reakcija, strah od gubitka kognitivne kontrole i strah od respiratornih simptoma. Identifikacija svakog od ovih faktora važna je jer odražava specifične mehanizme koji objašnjavaju kojim oblicima anksioznosti je osoba sklona (Vulić-Prtorić, 2006).

Istraživanja su pokazala visoku povezanost anksiozne osjetljivosti i depresivnosti (Weems i sur., 1997; Vulić-Prtorić, 2004; Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). Jedan od faktora anksiozne osjetljivosti, strah od gubitka kognitivne kontrole, najviše je povezan s depresivnosti što ide u prilog hipotezi da je anksiozna osjetljivost faktor vulnerabilnosti i za druge emocionalne poteškoće, a ne isključivo za anksioznost (Vulić-Prtorić, 2006).

Vulić-Prtorić ističe kako simptomi anksiozne osjetljivosti mogu pomoći u objašnjavanju poremećaja somatizacije. Simptomi u vidu nesvjestice, nesigurnosti i vrtoglavice karakteristični su i za somatizacije i za anksiozne osobe. Kod djece se često u okviru depresivnog poremećaja vidi sklonost somatizaciji pa tu može biti riječi i o komorbiditetu anksioznosti i depresivnosti kod djece u kojem anksiozna osjetljivost može igrati značajnu ulogu u objašnjavanju kliničke slike.

Prospektivna istraživanja kod adolescenata pokazala su da anksiozna osjetljivost predviđa buduću pojavu simptoma anksioznosti (Hayward i sur., 2000). U pogledu depresije, Weems i sur. (1997.) u istraživanju su dobili pozitivnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i depresije na uzorku kliničke skupine djece i adolescenata u dobi od 6 do 17 godina.

Visoka učestalost komorbiditeta među različitim vrstama emocionalnih poremećaja kod djece, potaknula je istraživanja zajedničkih, transdijagnostičkih mehanizama koji se nalaze u podlozi poremećaja. Kako bi se uhvatilo u koštac s tim mehanizmima, a koristeći empirijski potkrijepljene kognitivne i bihevioralne tehnike, razvijen je Transdijagnostički objedinjeni protokol za emocionalne poremećaje u djece (eng. *Unified Protocol of Emotional disorder in children*). Pokazalo se da Transdijagnostički objedinjeni protokol ima značajan učinak na negativni afekt, anksioznu osjetljivost i percipiranu kontrolu kao korijene emocionalnih poremećaja (Qanbari Alaei i sur., 2022). Transdijagnostički objedinjeni protokol pokriva tri osnovne terapijske komponente povezane s liječenjem emocionalnih poremećaja: mijenjanje prethodnih kognitivnih procjena, sprječavanje emocionalnog izbjegavanja i modificiranje ponašanja (Allen i sur., 2005).

Istraživanje Qanbari Alaei i sur., (2022) pokazalo je da Transdijagnostički objedinjeni protokol ima značajan učinak na poboljšanje anksiozne osjetljivosti. Poboljšanje se postiže

tehnikama u kojima se djecu podučava koji su tjelesni simptomi povezani sa svakim od osjećaja. Djeca zatim koriste vještine pregleda tijela kako bi pratili stvorene osjećaje i vidjeli kako se postupno ublažavaju. To iskustvo, zapravo izlaganje, smanjuje osjetljivost djece na tjelesne i s njima emocionalno povezane simptome i na taj način smanjuje osjetljivost na tjelesne simptome anksioznosti. Meta-analizom Carluccija i sur., (2021) o učinkovitosti Ujednačenog protokola za transdijagnostičke tretmane (eng. *Unified protocol for transdiagnostic treatment*, UP) pokazalo se da UP dovodi do značajnih promjena u težini simptoma anksioznosti i depresije kod djece, adolescenata i odraslih. Ovi protokoli liječenja nude kliničke i praktične prednosti u usporedbi s tradicionalnim protokolima za tretmane pojedinačnih poremećaja te time i poboljšavaju učinke tretmana (Carlucci i sur., 2021).

Zaključno možemo istaknuti kako anksioznost i depresija kod djece i adolescenata dijele značajne kliničke i etiološke sličnosti, što dijelom možemo objasniti transdijagnostičkim kognitivnim faktorima koji su u podlozi ovih poremećaja (Chu i sur., 2012; Garber i Weersing, 2010). Ti faktori predstavljaju predispoziciju za povećanje emocionalne reaktivnosti, za stvaranje negativnih vjerovanja o svijetu i za izbjegavajuća ponašanja kojima se izbjegavaju neugodne emocije (Rapee i sur., 2009). Uviđajući sličnosti faktora kod depresije i anksioznosti, počeo se javljati interes za provođenje transdijagnostičkih tretmana koji su usmjereni upravo na te zajedničke simptome i procese koji se javljaju kod više poremećaja, čime se zapravo radi o ranjivosti za razvoj poremećaja (Chu i sur., 2012). Transdijagnostički programi terapija, s ciljem rada na procesima koji su u osnovi i anksioznosti i depresije, uključuju rad na kognitivnim distorzijama, ponašanju izbjegavanja te slabije razvijenim vještinama rješavanja problema.

Transdijagnostički mehanizmi i tretmani mogu se odnositi na intrapersonalne, kognitivne, ponašajne, emocionalne ili fiziološke procese. Svaka od tih razina, može biti podijeljena na podrazine. Kognitivni procesi mogu uključivati pažnju, pamćenje i interpretacije. Emocionalni procesi mogu uključivati emocionalnu aktivnost, reaktivnost i regulaciju. Interpersonalni transdijagnostički faktori odnose se na odnose s prijateljima, odnose između djeteta i roditelja, obiteljske odnose i drugo (Ehrenreich-May i Chu, 2014).

## **1.9 PROVJERE KOGNITIVNOG MODELA**

Kognitivni modeli u tumačenju nastanka poremećaja mislima pridaju status uzroka te polaze od toga da misli dovode do drugih simptoma poput tjeskobe, tuge, izbjegavanja, kompulzija i drugih. Od velikog broja kognitivnih modela, za ovaj rad smo izdvojili

istraživanja tri modela, a to su: Beckov kognitivni model, Teorija stanja uma (Schwartz i Garamoni, 1989) i Moć ne-negativnog mišljenja (Kendall i Hollon, 1981) jer su to modeli koje ćemo u našem istraživanju moći također istražiti. Osobita pažnja bit će posvećena podjelama misli kako na *negativne* i *pozitivne*, tako i na *anksiozne* i *depresivne*.

Za testiranje Beckove teorije (Beck i sur. 1979) razvijena je Cognition Check list (CCL, Beck i sur. 1979). Skala CCL mjeri prisutnost i čestinu misli i ideja koje su povezane s anksioznim i depresivnim stanjima. U tablici 8 navedene su depresivne i anksiozne tvrdnje na skali CCL.

Tvrdnje koje mjere depresivne kognicije odnose se na negativni doživljaj sebe, svijeta i budućnosti, u skladu s teorijskim postavkama negativne, depresivne trijade po kognitivnom modelu (Beck i sur., 1979).

Anksiozne misli karakterizira sadržaj u kojem dominiraju teme prijetnja i opasnost (bilo fizička poput napada ili ozljede ili psihološka poput sramoćenja). Kao što smo u prethodnom poglavlju naveli anksiozne osobe precjenjuju vjerojatnost i jačinu javljanja opasnosti istovremeno umanjujući vlastite sposobnosti suočavanja (Beck i sur., 1985). Tvrdnje na skali anksioznih misli predstavljaju kognicije takvog sadržaja.

## Tablica 8

*Depresivne i anksiozne misli (tvrdnje) na skali CCL (Novović, 2004).*

<b>Depresivne misli</b>	<b>Anksiozne misli</b>
Ne vrijedi živjeti.	Gubim razum.
Nikada neću riješiti svoje probleme.	Nešto ozbiljno sa mnom nije u redu.
Nikada mi se više ništa dobro neće dogoditi.	Dobit ću srčani napad.
Ja sam bezvrijedna osoba.	Ja nisam zdrava osoba.
Postao sam fizički neprivlačan.	Nešto grozno će mi se dogoditi.
Ljudi me više uopće ne poštuju.	Moglo bi mi se dogoditi nešto što bi me poružnilo.
Nikog nije briga jesam li živ ili mrtav.	Pređa mnom su bolna ispitivanja i liječenja.
Izgubio sam jedine prijatelje koje sam imao.	Što ako se razbolim i ostanem invalid.
Nemam više nikoga da mi pomogne.	Nešto će se dogoditi nekome do koga mi je stalo.
U društvu sam potpuno neuspješan.	Što ako se nitko ne nađe u blizini da mi pomogne.
Ja sam gori od njega.	Dogodit će mi se nesreća.
Ne zaslužujem da me ljudi vole.	Moglo bi mi se dogoditi da ostanem zaglavljen
Nisam vrijedan ljudske pažnje i ljubavi.	negdje odakle ne mogu na vrijeme izaći.
Nikada neću biti dobar kao drugi ljudi.	

Faktorske analize skale CCL imale su za cilj provjeriti specifičnost depresivnih i anksioznih sadržaja. Autori skale, a i kasnija istraživanja, pokazala su da se doista radi o dvo-

faktorskoj strukturi testa (Beck i sur., 1987; Osman i sur., 1995).

Jolly i Dikman (1994) na adolescentskoj kliničkoj populaciji dobili su tro-faktorsku strukturu skale CCL. Jolly i Dikman su interpretirali treći dobiveni faktor kao faktor općih (nespecifičnih) kognicije, čime su svoje rezultate doveli u vezu s Tripartitnim modelom.

Dok se Beckova teorija naširoko istraživala kod odraslih, broj istraživanja na mlađoj populaciji daleko zaostaje. Navest ćemo nalaze dvaju istraživanja. Istraživanje Abela i Sullivan (2003) upućuje na to da disfunkcionalni stavovi mogu igrati ulogu u razvoju depresije, ali su potrebna daljnja istraživanja za provjeru ove hipoteze. U istraživanju Lewinsohna i suradnika (2001) pratili su adolescente tijekom godinu dana kako bi ispitali Beckovu kognitivnu teoriju koja je potvrđena na razini trenda.

Ingram i Wisnicki (1988) provjerili su sve do sada opisane kognitivne modele: Beckov kognitivni model, Kendallovu «moć ne-negativnog mišljenja» i Teoriju stanja uma. Koristili su najpoznatijih i najčešće upotrebljavan instrumenata za procjenu automatskih misli - Upitnik automatskih misli (*Automatic Thoughts Questionnaire* – ATQ) kojeg su razvili autori Kendall i Hollon (1981). Kako bi ispitali važnost pozitivnih misli, Ingram i Wisnicki (1988) dodali su u ATQ i 30 pozitivnih misli, prikazanih u tablici 9, obzirom da su u ATQ samo negativne misli. Autori su željeli ispitati može li se na temelju poznavanja izraženosti pozitivnih i negativnih misli razlikovati skupine psihički zdravih od kliničkih skupina, kao i kliničke skupine međusobno. Pokazalo se da dodavanje pozitivnih misli značajno doprinosi prepoznavanju osoba s emocionalnim poremećajem, kao i da doprinosi razlikovanju depresivnih pacijenata od pacijenata koji imaju neki drugi poremećaj poput paničnog poremećaja.

Ingram i Wisnicki (1988) su pokazali važnu ulogu pozitivnih misli u optimalnom svakodnevnom funkcioniranju. Dobili su da što više pozitivne misli dominiraju nad negativnima, osoba bolje funkcionira te da je povećanje prisutnosti negativnih misli povezano sa sve većim teškoćama u funkcioniranju i podnošenju svakodnevnog stresa. Kod stanja koja ukazuju na blaže teškoće u funkcioniranju omjer pozitivnih i negativnih misli je podjednak. Što su emocionalni problemi izraženiji to udio negativnih misli raste, kako je i očekivano prema modelu. Što su simptomi emocionalnog poremećaja izraženiji, to je manje prisutno pozitivnih misli. Autori su ukazali na mogućnost da je funkcija pozitivnih misli ublažiti stres, a kada do poremećaja dođe polako se broj pozitivnih misli smanjuje, a negativno mišljenje je jako izraženo od početka poremećaja pa kako se afektivno stanje pogoršava tako se i smanjuje broj pozitivnih misli (Ingram i Wisnicki, 1988). U pogledu sadržaja pozitivnih misli, autori su varimax rotacijom dobili četiri faktora koji predstavljaju: dobro svakodnevno funkcioniranje,

pozitivno samo-vrednovanje, pozitivno vrednovanje od strane drugih i pozitivna očekivanja od budućnosti. Radi se zapravo o suprotnosti depresivne trijade iz Beckovog modela depresivnosti (1979) prema kojoj depresivna osoba ima negativno mišljenje o sebi, svijetu i budućnosti.

**Tablica 9**

*Pozitivne automatske misli na upitniku ATQ (Ingram i Wisnicki, 1988).*

<b>Misao (tvrdnja)</b>	
Moji vršnjaci me poštuju.	Uživam u izazovima.
Imam dobar smisao za humor.	Moj socijalni život je odličan.
Pređa mnom je svijetla budućnost.	Nemam se zbog čega brinuti.
Bit ću uspješan.	Opušten sam.
Zabavno je biti sa mnom.	Moj život glatko protječe.
Sjajno sam raspoložen.	Zadovoljan sam svojim izgledom.
Puno ljudi brine o meni.	Dobro se brinem o sebi.
Ponosan sam na svoja postignuća.	Zaslužujem najbolje u životu.
Završit ću započeto.	Loši dani su rijetkost.
Imam puno dobrih osobina.	Posjedujem puno korisnih kvaliteta.
Osjećam se zadovoljno.	Nema problema koji je nerješiv.
Znam s ljudima.	Neću odustati.
Ja sam osoba koja ima sreće.	Samouvjerenost iznosim svoja mišljenja.
Imam prijatelje koji su mi podrška.	Moj život postaje sve bolji.
Život je uzbudljiv.	Danas sam puno postigao.

Ingram i Wisnicki (1988) istaknuli su i razliku u formi kod depresivnih i anksioznih misli, kao što smo i mi u prethodnom poglavlju naveli, za depresivne osobe misli su u formi negativnih samo-izjava, osoba je sigurna da je glupa, nesposobna, beskorisna, pa su i misli u formi izjave „Sigurno ću pogriješiti“, „Sve ću pokvariti“. Misli anksioznih u formi su pitanja, poput na primjer „Što ako pogriješim? Što ako sve pokvarim?“. Osoba tako „ostavlja prostora“ ishodu u kojem neće ispasti glupa, nesposobna i beskorisna jer možda ipak ne pogriješi i možda ipak ne pokvari sve. Zbog toga su misli anksioznih manje negativne od misli depresivnih osoba. Tako osobe koje imaju komorbiditet anksioznog i depresivnog poremećaja imaju najveći broj negativnih misli, što je pokazalo istraživanje Ingrama i Wisnickog.

Od novih istraživanja kognitivnog modela možemo izdvojiti istraživanje Cherry i Lumley (2019) koje je pokazalo kako su negativne sheme o sebi snažan čimbenik rizika za simptome depresije kod djece i adolescenata. Rezultati su pokazali da negativne i pozitivne

sheme o sebi pokazuju stabilnost tijekom vremena. Na osnovu pozitivne sheme o sebi moglo se predvidjeti simptome depresije kod djece i adolescenata, neovisno o negativnim shemama o sebi. Dobiveni rezultati upućuju na važnost pozitivnih shema o sebi u modelima depresije kod djece i adolescenata. Izgradnjom pozitivnih shema o sebi može se raditi na prevenciji i otpornosti kod djece i adolescenata.

Već dugi niz godina sve se više istražuje pozitivna psihologija, otpornost, optimizam i ostali pozitivni psihološki konstrukti. U skladu s tim i kod istraživanja kognitivnih modela, sve se više pažnje posvećuje proučavanju uloge pozitivnih misli. Rezultati istraživanja upućuju na to da bi nedostatak pozitivnih misli mogao predstavljati zaseban aspekt određenog emocionalnog poremećaja, na jednak način kao što je to dominacija negativnih misli ili sklonost ruminiranju (Ingram i sur., 1983). Kendall u svojoj «moći ne-negativnog mišljenja» gleda na negativne misli kao važnije u objašnjavanju depresije ili anksioznost, ne pridajući pritom toliku važnost odsustvu pozitivnih misli (Kendall i Hollon, 1981). S druge pak strane, drugi autori, poput autora „teorije stanja uma“ Schwartz i Garamoni (1989) smatraju kako je važan upravo omjer pozitivnih i negativnih misli te da je on presudan u objašnjavanju prisustva emocionalnih poremećaja.

Od novih istraživanja možemo izdvojiti ono Hegendoorma i suradnika (2010). Željeli su ispitati važnost pozitivnih misli kod djece. U istraživanju su krenuli od originalne skale dječjih automatskih misli (*Children's Automatic Thoughts Scale*, CAT, Schniering i Rapee 2002) koja se sastoji od 40 tvrdnji koje predstavljaju različite negativne misli (npr. *Nešto će se grozno dogoditi* ili *Djeca će misliti da sam glup* ). Djeca ocjenjuju koliko su često imala svaku od 40 misli u proteklom tjednu. Skala se sastoji od četiri subskale od po 10 čestica koje se odnose na fizičku prijetnju, socijalnu prijetnju, osobni neuspjeh i neprijateljstvo. Toj skali dodali su pozitivne misli. Primjeri pozitivnih misli/čestica su: *Događat će mi se samo dobre stvari*, *Moja budućnost izgleda dobro* i *Uživam u životu*. CATS je izvorno osmišljen za procjenu negativnih samoizjava kod djece i adolescenata. Međutim, pozitivne misli također igraju veliku ulogu u dječjim poremećajima kao što su anksioznost i depresija. Dobivene su razlike s obzirom na rod i dob. Dječaci su izvještavali o više neprijateljskih i pozitivnih misli od djevojčica; a mlađa su djeca prijavila više negativnih misli o fizičkoj prijetnji, socijalnoj prijetnji i neuspjehu od starije djece.

Marien i Bell željele su ispitati kognicije vezane za anksioznost i depresivnost kod djece (2004) pa su razvile Upitnik o dječjim mislima *Children's Thought Questionnaire* (CTQ). Radi se o specifičnom upitniku koji opisuju situacije u kojima se djeca trebaju zamisliti i odgovoriti koliko je vjerojatno da bi im neke od ponuđenih misli pale na pamet.

Obzirom da je za potrebe ovog istraživanja njihov upitnik preveden i korišten u našem radu, bit će puno više riječi o njemu u dijelu vezanom za metodologiju. U svom istraživanju, Marien i Bell dobile su rezultate koji govore u prilog tome da i anksiozna i depresivna djeca imaju karakteristične anksiozne, odnosno depresivne misli, ali da pozitivne misli negativno koreliraju s depresivnim simptomima dok s anksioznima ili ne koreliraju ili pozitivno koreliraju. U sadržaju tvrdnji pazile su na karakteristične teme za svaki od poremećaja pa su tako anksiozne misli opisivale strepnju za fizičku ili psihološku dobrobit bilo samog djeteta ili člana njegove obitelji, a depresivne misli opisivale su lošu sliku o sebi, neuspjeh, pesimizam i slično. Ako bismo povukli paralelu između pozitivnih misli i pozitivnog afekta kod tripartitnog modela dogodila se ista stvar, manjak pozitivnih misli pokazao se kao specifičan faktor za depresiju (Marien i Bell, 2004). Otuda ideja za naše istraživanje, da se provjeri komplementarnost kognitivnog i tripartitnog modela.

## **1.10 INTEGRACIJA DIMENZIJA TRIPARTITNOG I KOGNITIVNOG MODELA**

Kognicije i emocije međusobno su povezane, a kod internaliziranih poremećaja osobito su važne specifičnosti i afekta i kognicija. Postavlja se pitanje bi li se tripartitni model unaprijedio kada bi mu se dodale kognicije. U poglavlju o kognitivnom modelu prikazali smo kako na isti način na koji je negativni afekt zajednički anksioznosti i depresiji, tako su i negativne kognicije zajedničke tim poremećajima, a uz to se nedostatak pozitivnih misli pokazao specifičnim za depresiju (Marien i Bell, 2004), kao što je i odsutnost pozitivnog afekta specifičan faktor za depresiju.

Tripartitni i kognitivni model prethodno su provjereni u ranije provedenom istraživanju na skupini psihički zdrave djece u dobi od 12 godina u Hrvatskoj (Zečević, 2011). Pokazalo se je da je kod djece fiziološka pobuđenost karakteristična i za depresivnost, a ne samo za anksioznost zbog čega tripartitni model nema tako veliku diferencijalno-dijagnostičku snagu kod djece u usporedbi s odraslima, no to može biti i zbog toga što je istraživanje provedeno na školskom uzorku djece. U istom istraživanju dobiveni su rezultati u prilog kognitivnog modela. Pokazalo se da bi kognicije mogle biti u osnovi afekta pa tako i u osnovi razvoja oba poremećaja što bi bilo od velike važnosti za planiranje prevencija i intervencija. Istraživanje je pokazalo jasne rodne razlike u mnogim ispitivanim varijablama, kao i u njihovim međudnosima zbog čega je u objašnjavanju anksioznosti i depresivnosti putem dimenzija tripartitnog modela nužno voditi računa o specifičnim rodnim obrascima.

U smjernicama za daljnja istraživanja Zečević (2011) daje prijedlog za ispitivanje primjenjivosti tripartitnog i kognitivnog modela na kliničkoj skupini djece s anksioznim odnosno depresivnim poremećajem te provjerom rodni razlika i interakcijskih efekata roda i izraženosti psihopatologije. Osim toga, u istraživanju na školskom uzorku djece (Zečević, 2011) ispitana je važnost specifičnog sadržaja negativnih misli za razlikovanje anksioznih i depresivnih poremećaja, kako sugerira Beckov model. Pokazalo se da nema razlike u povezanosti anksioznosti i depresije posebno s anksioznim, a posebno s depresivnim mislima, a razlog tome može biti da je ispitivanje provedeno na uzorku zdrave djece. Stoga je predloženo ispitivanje u kliničkoj skupini kako bi se omogućila bolja provjera kognitivnog modela.

Skale koje su korištene u istraživanju tripartitnog i kognitivnog modela (Zečević, 2011) korištene su samo na školskom uzorku djece pa se postavilo pitanje kakvi se rezultati i rodne razlike mogu dobiti u kliničkoj skupini djece. U kliničkoj skupini imat ćemo čiste poremećaje, zbog čega očekujemo da negativni afektivitet ne bude vezan za anksioznost zbog čega bi model mogao bolje pristajati djeci iz usporedne skupine. Takve rezultate dobili su i Jacques i Mash (2004). Negativni afektivitet i odsutnost pozitivnog afektiviteta mogu se pokazati vezanima samo za depresivnost u našem kliničkom uzorku. U istraživanju Chorpita i suradnika (2000) dobiveno je da negativni afektivitet nije bio povezan sa socijalnom ni separacijskom anksioznošću, a budući da je velik broj djece u kliničkoj skupini s tim poremećajim, očekujemo da će model bolje pristajati usporednoj skupini.

Različiti rezultati koji se dobivaju vezano za istraživanja tripartitnog modela kod djece upućuju na važnost istraživanja i psihički zdrave djece i djece koja već imaju razvijen emocionalni poremećaj jer su izraženosti pojedinih tripartitnih dimenzija različite kao i međuodnos tih dimenzija i njihova veza s anksioznosti i depresivnosti (De Bolle, 2010, Compas i sur., 1993; Forbes i Dahl, 2005). Uz razlike vezane za izraženost psihopatologije, rodne razlike možda dodatno usložnjavaju odnose i dodatno diferenciraju primjenjivost modela između te dvije skupine.

Stoga je cilj ovog rada dobiti širi teorijski okvir koji će objasniti anksioznost i depresivnost integracijom dimenzija tripartitnog i kognitivnog modela.



## 2. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA

### 2.1 CILJ

Cilj ovog rada je provjeriti širi teorijski okvir koji će objasniti anksioznost i depresivnost integracijom dimenzija tripartitnog i kognitivnog modela.

### 2.2 PROBLEMI I HIPOTEZE

**1. Problem** – ispitati razlike s obzirom na rod i klinički status u anksioznosti i depresivnosti kao i u varijablama tripartitnog modela (negativnom i pozitivnom afektivitetu te fiziološkoj pobuđenosti) i u sadržajima kognicija

Hipoteze:

1. Djevojčice će se pokazati anksioznijima i depresivnijima od dječaka.
2. U pogledu rodnih razlika u istraživanju dimenzija tripartitnog modela kod djece, pretpostavljamo da će djevojčice iskazati više negativnog afektiviteta nego dječaci.
3. U skladu s tim pretpostavljamo i da će djevojčice biti sklonije negativnim kognicijama nego dječaci.
4. Rodne razlike biti će izražene i u kliničkoj i u usporednoj skupini na način da će djevojčice biti anksioznije, depresivnije, imat će više negativnog afektiviteta i negativnih kognicija u usporedbi s dječacima i u usporednoj i u kliničkoj skupini.
5. Djeca u kliničkoj skupini bit će depresivnija, anksioznija, imat će više negativnog afektiviteta i negativnih kognicija, više razine fiziološke pobuđenosti i manje pozitivnog afektiviteta i pozitivnih kognicija u odnosu na djecu u usporednoj skupini

**2. Problem:** ispitati prikladnost tripartitnog modela kod djece koja su psihički zdrava i djece koja imaju već razvijen anksiozni ili depresivni poremećaj

Hipoteze:

1. Negativan afektivitet bit će statistički značajni prediktor i za anksioznost i za depresivnost. Odsutnost pozitivnog afektiviteta bit će statistički značajni prediktor za

depresivnost, ali ne i za anksioznost. Fiziološka pobuđenost bit će statistički značajan prediktor za anksioznost, ali ne i za depresivnost.

2. Unutar kliničke skupine depresivna djeca imat će više negativnog afektiviteta i manje pozitivnog afektiviteta u usporedbi s anksioznom djecom, koja će imati višu razinu fiziološke pobuđenosti u usporedbi s depresivnom djecom.
3. Model će bolje „pristajati“ u ne-kliničkoj nego u kliničkoj skupini.

**3. Problem:** ispitati prikladnost kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti kod djece koja su psihički zdrava i djece koja imaju već razvijen anksiozni ili depresivni poremećaj

Hipoteze:

1. Negativne i pozitivne kognicije objašnjavat će dodatni dio varijance depresivnosti, odnosno anksioznosti, povrh varijance objašnjene varijablama tripartitnog modela.
2. Unutar kliničke skupine depresivna djeca imat će više negativnih i manje pozitivnih kognicija u usporedbi s anksioznom djecom.

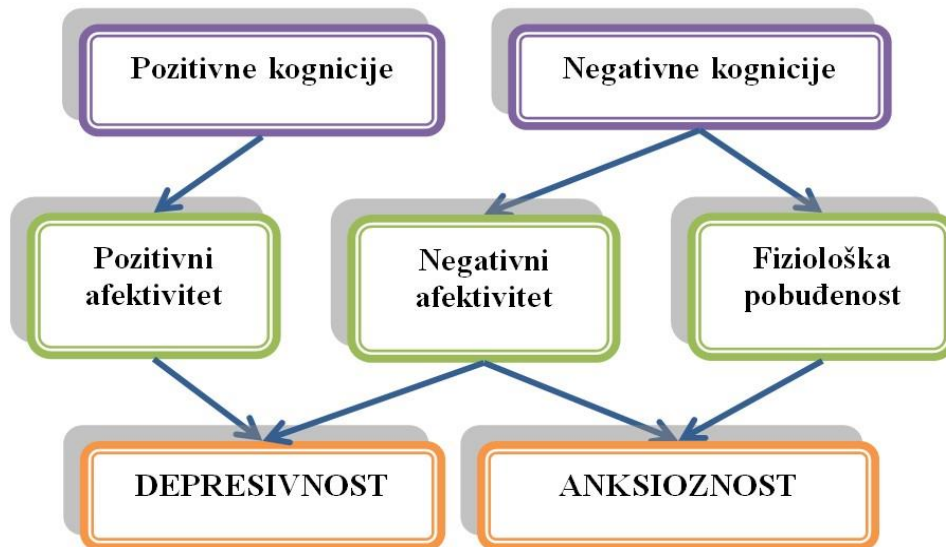
**4. Problem:** ispitati postiže li se integracijom tripartitnog i kognitivnog modela bolje objašnjenje varijance depresivnosti i anksioznosti u odnosu na pojedinačno svaki od modela

Hipoteze:

1. Povezanost pozitivnih kognicija s depresivnošću bit će djelomično posredovana pozitivnim afektivitetom, povezanost negativnih kognicija s depresivnošću negativnim afektivitetom, a povezanost negativnih kognicija s anksioznošću negativnim afektivitetom i fiziološkom pobuđenošću.
2. Prošireni model će bolje „pristajati“ u ne-kliničkoj nego u kliničkoj skupini zbog heterogenosti kliničkih slika u kliničkoj skupini.
3. Rodne razlike u kombinaciji s kliničkim statusom odražavat će se na razlike u primjenjivosti modela na djecu i adolescente.

## Slika 11

*Hipotetski odnos ispitivanih varijabli.*



## 3. METODOLOGIJA

### 3.1 SUDIONICI

Ispitivanje usporedne skupine provedeno je na uzorku od 340 učenika 6. razreda iz tri osnovne škole tijekom školske godine 2008/2009, od kojih je u potpunosti ispunilo upitnike njih 317-ero, od čega 154 dječaka i 163 djevojčice. Sva su djeca bila učenici šestih razreda osnovne škole. Iz tog istraživanja, u konačnom uzorku za ovo istraživanje koristili su se rezultati 150-ero djece, 70 dječaka i 80 djevojčica. Na osnovi aritmetičke sredine rezultata na upitnicima depresivnosti (CDI) i anksioznosti (STAIC) u uzorku od 317 učenika postavljeni su kriteriji za uključivanje u usporednu ili kliničku skupinu. U ovom istraživanju korišten je kriterij jedne standardne devijacije ( $M+1SD$ ) za određivanje kritičnog rezultata. Aritmetička sredina na CDI iznosila je 10.4, a standardna devijacija 6.87 pa su u klinički uzorak uključena djeca s rezultatom na CDI većim ili jednakim od 18. Ovaj kriterij se u sličnim istraživanjima

pokazao najpouzdaniji u određivanju donje granice ozbiljno depresivne odnosno anksiozne djece (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004; Nolen-Hoeksema i sur. 1992). Nolen-Hoeksema i sur. (1992) su utvrdili da na skali CDI rezultat iznad ili jednak kritičnoj vrijednosti dobivenoj pomoću ovog kriterija postižu sva djeca s dijagnozom afektivnog poremećaja. Prosječan rezultat na neselekcioniranom uzorku školske djece kreće se oko 9, sa standardnom devijacijom oko 7. Rezultat od 18 bodova uzima se kao kritična granica za patološku izraženost depresivnih simptoma (Martin, 1988; Smucker i sur., 1986; Finch i sur., 1985; Živčić, 1992; Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.). Aritmetička sredina na STAIC iznosila je 32.4, a standardna devijacija 7.25 pa su u klinički uzorak uključena djeca s rezultatom na STAIC većim ili jednakim od 40.

Za usporednu skupinu kriterij je bila vrijednost jednaka aritmetičkoj sredini ili niža te je po slučaju izabrano 150-ero djece. Ukupno je kriterij kritičnog rezultata jednakog ili manjeg od aritmetičke sredine na upitnicima CDI i STAIC udovoljilo 171 dijete. Prosječna dob djece u usporednoj skupini iznosi 12.5 (raspon 12 do 13 godina, SD=0.50).

Ispitivanje na kliničkim skupinama provodilo se u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež tijekom dvije godine, od ožujka 2018. do ožujka 2020. na prigodnom uzorku sudionika podijeljenih u dvije skupine: skupina klinički depresivnih sudionika i skupina klinički anksioznih sudionika. Djeca su bila u dobi rane adolescencije. Prosječna dob djece u kliničkoj skupini iznosi 12.0 (raspon 9 do 14 godina, SD=1.09). Sudionici kliničkih skupina bili su uključeni u istraživanje ukoliko su imali značajne simptome depresivnosti ili anksioznosti. U odabiru sudionika bilo je važno da dijete nema izražen komorbiditet anksioznog i depresivnog poremećaja. U skupini depresivnih sudionika bila je kontrolirana razina depresivnosti na način da u tu skupini nisu bili uključeni sudionici koji su na CDI postigli rezultat koji ukazuje na normalno ne-depresivno stanje, odnosno postižu rezultate manje ili jednake aritmetičkoj sredini.

Ukupno je u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež sudjelovalo 110 djece, a dodatnih 46-ero regrutirani su iz uzorka ispitivanja provedenog na 350 učenika tijekom školske godine 2008/2009 na način da ukoliko je dijete postiglo rezultat  $M+1SD$  ili viši na upitniku depresivnosti ili anksioznosti uključeno je u kliničku skupinu. Djeca koja su imala i na upitniku depresivnosti i na upitniku anksioznosti  $M+1SD$  ili viši nisu uključena u ovo istraživanje jer se radi o komorbiditetu. Takve je djece bilo 23, od toga 17 djevojčica i 6 dječaka.

Razlozi formiranja i dodavanja subuzorka od 46 djece iz ispitivanja provedenog tijekom školske godine 2008/2009 su u prvom redu želja da se poveća statistička snaga

istraživanja. Klinički uzorak u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež skupljan je u periodu od ožujka 2018. do ožujka 2020. Proglašenjem pandemije počela je korona kriza, dogodio se potres, uvedena je karantena, a dio Bolnice oštećen je u potresu. S obzirom na to da je Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež jedina bolnica sa zatvorenim psihijatrijskim bolničkim dječjim odjelom u Hrvatskoj, dobila je status covid ustanove te je morala preraspodijeliti prostor i radnu snagu za otvaranje dva nova odjela (djecu koja su covid pozitivna i djecu koja su u izolaciji). Sve navedeno dovelo je do zatvaranja svega osim hitne ambulante i bolničkog odjela pa je tako i ambulanta u koju djeca dolaze na preglede i terapiju na nekoliko mjeseci prestala s radom. U to vrijeme u Hrvatskoj je gotovo do kraja školske godine bila online nastava, što se nastavilo i u jesen naredne školske godine. Posljedično, nakon otvaranja ambulante, na preglede i terapije dolazila su djeca gotovo isključivo s teškim kliničkim slikama. Od tog perioda nadalje uočilo se značajno pogoršanje mentalnog zdravlja kod djece koja su dolazila u našu ustanovu. Primjerice, većina djece iz kliničke skupine skupljena do 2020., a koja su bila anksiozna, imala su anksioznost vezanu za školu, bilo u vidu dominantno straha od neuspjeha ili socijalnu anksioznost. Pojavom pandemije koja je dovela do toga da se svi zatvore u kuće, stvorili su se uvjeti koji su anksioznoj djeci olakšali poteškoće. Nisu morali ići u školu, nisu morali brinuti oko neuspjeha niti reakcija vršnjaka na njihov neuspjeh, umanjile su se i separacijske poteškoće kod mlađih. Godinu i pol do dvije kasnije kad je korona kriza oslabila, a djeca se vratila u školske klupe, uočen je izrazito veliki porast anksiozne djece koja se nemaju snage vratiti na nastavu. Došlo je do dekompenzacije anksioznih kada su morali izaći iz kuće i sigurne zone te se vratiti u svakodnevicu. Njihove kliničke slike značajno su teže od slika djece prije pandemije i gotovo u pravilu radi se o komorbiditetu s depresijom. Općenito se tijekom i nakon pandemije vidjelo dosta teških depresija kod mlađe djece, djece u dobi od 9 do 12 godina, jer su protupandemijske mjere u najvećoj mjeri utjecale na prirodan tijek njihova života. Postavilo se pitanje jesu li promjene u okolnostima odrastanja (pandemija, potres, karantena, posljedično bijeg na društvene mreže i izloženost neprimjerenim sadržajima, egzistencijalni problemi u obitelji, a po normalizaciji stanja nastavak imperativa uspjeha kao da se ništa nije dogodilo) dovele do veće promjene između djece prije i nakon 2020. nego što se razlikuju djeca iz uzorka 2008./2009 i djeca prije pandemije. Kako je u nacrtu rada bilo predviđeno prikupiti po 30 djece u svakoj kliničkoj podskupini (rod, dijagnoza) odlučili smo u klinički uzorak dodati svu djecu iz školskog uzorka koji su imali povišenje rezultata M+1SD ili viši na upitniku depresivnosti ili anksioznosti čime udovoljavaju kriterijima uključivanja u klinički uzorak. Ukupno 46 djece zadovoljilo je kriterije uključivanja u kliničku skupinu, imali su značajno povišenje ili na

upitniku depresivnosti ili na upitniku anksioznosti. Djece koja su imala povišene rezultate i na anksioznosti i na depresivnosti, a koji zbog komorbidnosti nisu uključeni u uzorak bilo je 23, od čega 17 djevojčica i 6 dječaka. Glavni uvjet za spajanje uzoraka bio je da se rezultati tog subuzorka ni po čemu ne razlikuju od kliničkog uzorka. Djeca su bila iste dobi, nije bilo razlike niti prema drugim sociodemografskim varijablama. U subuzorku 46 djece bilo 24 djevojčice i 22 dječaka, a prema dijagnostičkoj skupini 21 dijete bilo je anksiozno, a 25 depresivno. Prema omjeru roda i dijagnoze nisu dobivene razlike s obzirom na primarni klinički uzorak od 110 djece - rod ( $\chi^2(1, N=156)=.61; p>.05$ ); dijagnoza ( $\chi^2(1, N=156)=.83; p>.05$ ). Kako bi bilo opravdano dodati subuzorak primarnom kliničkom uzorku, provjerili smo razlikuju li se djeca u subuzorku od djece u primarnom uzorku u ispitivanim varijablama. Nisu dobivene razlike među grupama djece niti na jednoj od ispitivanih varijabli (Prilog C, tablica 27). U podjednakoj mjeri i kod primarnog uzorka od 110 djece i kod subuzorka 46 djece iz školskog uzorka, nije bilo razlike u izraženosti: anksioznosti, depresivnosti, pozitivnog afekta, pozitivnih kognicija, negativnog afekta, negativnih kognicija ni fiziološke pobuđenosti. Tablice usporedbe primarne kliničke skupine od 110 djece i subuzorka dodanih 46 djece na svim varijablama i tablica međuodnosa ispitivanih varijabli za primarnu kliničku skupinu i za subuzorak nalaze se u Prilogu C rada (Tablice 26 i 27). Nadalje, zanimalo nas je jesu li međuodnosi ispitivanih varijabli jednaki. Pokazalo se da su i korelacije između varijabli jednake. S obzirom na istovjetnost rezultata u primarnom kliničkom i u subuzorku školske djece s teškoćama mentalnog zdravlja, bilo je metodološki opravdano spojiti ta dva uzorka i na taj način povećati statističku snagu samog istraživanja. U radu se proučavaju odnosi među varijablama te se pretpostavilo da vrijeme prikupljanja podataka nije moglo utjecati na te odnose. Nije se imalo na temelju čega pretpostaviti da bi okolnosti 2008. i 2009. bile značajno drugačije od okolnosti 2018. do 2020., dok se okolnosti odrastanja djece nakon 2020. značajno razlikuju u odnosu na period prije korona krize i potresa što je moglo utjecati na rezultate i zbog čega nismo dalje prikupljali uzorak u vremenu pandemije. Nadalje, način prikupljanja podataka bio je različit, ispitivanje 2008. do 2009. godine provedeno je grupno i anonimno, a u Bolnici 2018. do 2020. individualno i djeca su upisivala svoje podatke. Način prikupljanja je mogao utjecati na rezultate, ali zato je i provjerena razlika između tog subuzorka i kliničkog uzorka koja nije dobivena. Da je (ne)anonimnost utjecala vjerojatno bi se vidjela razlika u nekim varijablama. Konačni uzorak u kliničkoj skupini obuhvatio je 156 djece. Pri tome je u kliničkoj skupini anksioznih ukupno 80 djece, 37 dječaka i 43 djevojčice, dok je u kliničkoj skupini depresivnih 76 djece, 40 dječaka i 36 djevojčica. Broj sudionika obzirom na skupinu i rod prikazan je u tablici 10.

**Tablica 10**

*Broj sudionika po skupinama.*

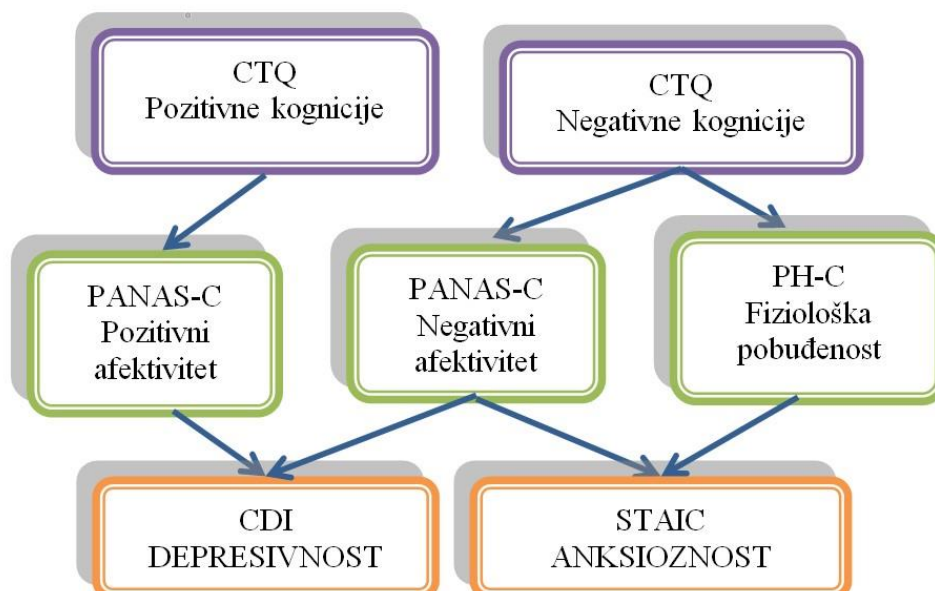
skupina		M	Ž	ukupno
klinička	anksiozni	37	43	80
	depresivni	40	36	76
usporedna		70	80	150

### 3.2 INSTRUMENTI

Na slici 12 prikazani su instrumenti kojima se ispitivao hipotetski odnos varijabli. Instrumenti se nalaze u Prilogu A, a pouzdanosti svih instrumenata na svim ispitivanim uzorcima u Prilogu B tablica 25.

**Slika 12**

*Instrumenti kojima su mjerene varijable.*



*Za mjerenje prediktorskih varijabli (pozitivne i negativne kognicije, pozitivni i negativni afektivitet i fiziološka pobuđenost):*

**3.2.1 Upitnik o dječjim mislima** (*Children's Thought Questionnaire*, CTQ; Marien i Bell, 2004) za ispitivanje anksioznih i depresivnih misli (kao negativnih) i pozitivnih misli. CTQ se sastoji od 10 situacija koje opisuju uobičajena iskustva koja predstavljaju izazov osnovnoškolcima, kao i ona koja mogu biti povezana s anksioznošću i depresijom. Situacije se odnose na školu (npr. testovi, ocjene), socijalnu evaluaciju (npr. biti kritiziran od strane vršnjaka, biti prozvan na satu) i zdravlje (npr. specifični tjelesni simptomi, bolesti). Polovina situacija je anksiozne tematike i uključuje potencijalnu fizičku ili psihološku prijetnju djetetu ili nekome do koga je djetetu stalo, dok se druga polovina vinjeta prvenstveno odnosi na depresivne teme gubitka ili socijalnog odbijanja. Nakon opisa svake situacije slijedi 6 misli (2 anksiozne, 2 depresivne i 2 pozitivne). Anksiozne misli sadrže fizičku ili psihološku prijetnju djetetu ili njemu bliskoj osobi i karakterizirane su neizvjesnošću u kojoj se negativni ishod može i ne mora dogoditi (npr. "Što ako neću znati odgovor?"). Depresivne misli sadrže gubitak, neuspjeh u postizanju željenog cilja i samoomalovažavanje te su karakterizirane bespomoćnošću i izvjesnošću da će doći do negativnog ishoda (npr. *Mene uvijek odbace*). Pozitivne misli odražavaju očekivanje pozitivnog ishoda, zadovoljstva ili pozitivnog samovrednovanja (npr. *Dobar sam u tom predmetu*). Zadatak djeteta je da na skali Likertovog tipa s 5 stupnjeva pri čemu 1 označava *uopće ne bih pomislio*, a 5 označava *točno to bih pomislio* uspoređi svaku od ponuđenih kognicija s mislima koje bi ono imalo da se našlo u hipotetskoj situaciji. Misli su raspoređene po slučaju za svaku situaciju. Upitnik je preveden i provjeren ispitivanjem usporedne skupine u svrhu ranijeg istraživanja (Zečević, 2011).

**3.2.2 Skala pozitivnog i negativnog afekta za djecu** (*Positive And Negative Affects Scale – Children*, PANAS-C; Laurent, Potter i Catanzaro 1994). PANAS-C sadrži 30 čestica od kojih se 15 odnosi na pozitivne emocije i 15 na negativne. Zadatak djeteta je označiti koliko često se osjećalo tužno, ljuto, veselo i sl. u proteklih nekoliko tjedana na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava «vrlo rijetko ili uopće ne», a 5 «izrazito». Koeficijent alfa za 15 pozitivnih afektiviteta iznosio je .89 na uzorku na kojem je skala razvijena i .87 u ponovljenom mjerenju. Alfa koeficijenti za 15 negativnih afektiviteta kretali su se od .94 do .92. Skala PANAS-C pokazala je dobru konvergentnu i diskriminativnu valjanost (Laurent i sur., 1999). Upitnik je preveden i provjeren ispitivanjem usporedne skupine.



**3.2.3 Skala fiziološke pobuđenosti za djecu** (*Physiological Hyperarousal – Children, PH-C*; Laurent i sur., 2004). Skala PH-C sastoji se od 18 čestica koje predstavljaju tjelesne manifestacije pobuđenosti autonomnog živčanog sustava. Čestice su odabrane iz upitnika za mjerenje anksioznosti i odnose se specifično na fiziološke aspekte anksioznosti. Primjeri čestica su: znojenje dlanova, osjećaj nedostatka zraka, ubrzano lupanje srca i sl. Zadatak djeteta je označiti koliko često su osjećali navedene simptome u protekla dva tjedana na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava «vrlo rijetko ili uopće ne», a 5 «izrazito». Koeficijent pouzdanosti Cronbachov  $\alpha$  u preliminarnom istraživanju iznosio je .87 (Laurent, 2004). Skala PH-C pokazala se kao dobra mjera tripartitnog modela u istraživanjima kod djece (Laurent i sur., 2004). Upitnik je preveden i provjeren ispitivanjem usporedne skupine.

Navedeni instrumenti su nakon dozvole autora prevedeni na hrvatski jezik, a u prevođenje su bila uključena i djeca. Instrumenti su prvo dani na prijevod trima osobama: prevoditelju, osobi koja izvrsno zna engleski, ali nije prevoditelj niti psiholog, i na kraju psihologu koji dobro govori engleski i hrvatski. Njihova tri prijevoda pokazana su skupini djece, učenicima šestog razreda, jer se planiralo da djeca te dobi budu sudionici istraživanja. S djecom se raspravljala svaka čestica, ponuđena su im sva tri prijevoda i pitalo ih se: *Kako bi vi to rekli?* Uvažavalo se njihovo mišljenje pa je za konačnu verziju upitnika odabran prijevod koji je najbliži upravo učenicima šestog razreda. Procedura prevođenja kao i psihometrijski pokazatelji detaljno su opisani u Zečević (2011).

Uvodnim upitnikom prikupljeni su podaci o rodu, dobi i temama vezanim za školu koje uključuju: školski uspjeh, zadovoljstvo sobom kao učenicom, djetetovu procjenu zadovoljstva roditelja njim kao učenicom te osjećaje koje dijete vezuje za školu, kao i samoprocjenu omiljenosti od strane drugih učenika u razredu.

*Za mjerenje kriterijskih varijabli (depresivnost i anksioznost):*

**3.2.4 Dječja skala depresije** (*Children's Depression Inventory, CDI*; Kovacs, 1981/ Živčić, 1992.). Skala depresivnosti namijenjena je ispitanicima od 7 do 17 godina. Sadrži 27 čestica koje obuhvaćaju širok raspon kognitivnih, bihevioralnih i neurovegetativnih simptoma depresivnosti kod djece. Svaka čestica sadrži tri tvrdnje koje se odnose na čestinu ili intenzitet pojedinog simptoma. Dijete bira onu tvrdnju koja najbolje opisuje njegove misli i osjećaje u posljednja dva tjedna. Odgovori se boduju sa 0, 1 ili 2 boda, što omogućuje raspon rezultata

od 0 do 54 boda, pri čemu viši rezultat upućuje na višu depresivnost. Skala se najčešće upotrebljava kao jednodimenzionalna mjera depresivnosti. Koeficijent pouzdanosti Cronbachov  $\alpha$  kreće se od .71 do .94 za neselekcioniranu populaciju (Živčić, 1992; Marinović i Vulić-Prtorić, 2000).

**3.2.5 Upitnik anksioznosti kao stanja-osobine ličnosti za djecu** (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberg i sur., 1990) korišten je kao mjera anksioznosti. STAIC je namijenjen mjerenju anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti kod djece u dobi od 4. do 6. razreda (9 do 12 godina). Sastoji se od dvije odvojene ljestvice samoprocjene. U istraživanju je korištena samo ljestvica anksioznosti kao osobine ličnosti. Ljestvica anksioznosti kao stanja je izostavljena jer se čestice u velikoj mjeri preklapaju s upitnikom PH-C pa se nastojalo izbjeći dodatno opterećivanje djece, osobito kada bi korist od podataka bila mala. Osim toga, zanima nas stabilnija razlika među sudionicima, a ne procjena koliko se u tom trenutku osjećaju anksiozno. Upitnikom anksioznosti kao osobine procjenjuju se razmjerno stabilne individualne razlike u sklonosti anksioznosti tj. u sklonosti da se stresne situacije doživljavaju opasnima ili prijetećima i da se na njih reagira povećanjem intenziteta reakcija koje obilježavaju anksioznost kao stanje. Upitnik se sastoji od 20 tvrdnji na kojima sudionici procjenjuju kako se općenito osjećaju. Ukupan rezultat dobije se zbrajanjem procjena za svaku tvrdnju. Koeficijent pouzdanosti Cronbachov  $\alpha$  u ovom je istraživanju iznosio .87. Upitnici su za potrebe istraživanja kupljeni u Nakladi Slap.

### 3.3 POSTUPAK

Istraživanje je provedeno u skladu s Etičkim kodeksom istraživanja s djecom. Etičko povjerenstvo Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu zaključilo je da istraživanje udovoljava načelima propisanim Etičkim kodeksom Hrvatske psihološke komore. Etičko povjerenstvo Psihijatrijska bolnice za djecu i mladež također je zaključilo da se u istraživanju poštuju načela etičnosti te da je istraživanje etički prihvatljivo.

Ispitivanje u usporednoj skupini provedeno je u školskoj godini 2008/2009, a ispitivanje kliničkog uzorka u periodu od ožujka 2018. do ožujka 2020.

U usporednoj skupini istraživač je djecu u razredu pozvao na sudjelovanje u «istraživanju misli i osjećaja kod djece vezanih uz svakodnevne situacije». Svima je bio podijeljen pismeni poziv na sudjelovanje kojeg su djeca ponijela kući roditeljima. I u

usmenom i u pismenom pozivu bilo je istaknuto da je istraživanje anonimno i da će u njemu sudjelovati samo oni koji to žele i koji donesu potpisanu suglasnost roditelja za sudjelovanje. Istraživanje je bilo provedeno grupno u trajanju od jednog školskog sata tijekom sata razrednika. Redoslijed popunjavanja upitnika bio je variran po grupama. Sudionicima su pročitane standardizirane upute, a ispitivač je s njima prošao pitanje koje je u uvodu testa dano za primjer. Cijelo vrijeme dok su djeca ispunjavala upitnike ispitivač im je bio na raspolaganju da im pomogne ukoliko im je bilo potrebno.

Djeca u kliničkoj skupini bila su pozvana na sudjelovanje u sklopu psihologijske obrade ili psihijatrijskog pregleda ili na početku psihoterapijskog tretmana. Roditelji koji su pristali da dijete sudjeluje, potpisali su informirani pristanak. U Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež ispitivanje se provodilo individualno. Redoslijed popunjavanja upitnika bio je variran. Kao i kod ispitivanja na usporednoj skupini, ispitivač je pročitao upute, a djeca su bilježila svoje odgovore i pitala ukoliko su imala nejasnoća. Na svaki od upitnika djeca su napisala koliko imaju godina i kojeg su spola, a ispitivač je naknadno stavio oznaku kliničke skupine kojoj pripada dijete (anksiozni ili depresivni). Dijagnoza je bila postavljena od strane psihijatra prema dijagnostičkim kriterijima navedenim u MKB-10. U odabiru sudionika bilo je važno da dijete nema izražen komorbiditet anksioznog i depresivnog poremećaja.

## 4. REZULTATI

Rezultati će biti prikazani redom kako bi se odgovorilo na postavljene istraživačke probleme.

### 4.1 DESKRIPTIVNA STATISTIKA ZA ISTRAŽIVANE VARIJABLE

Prikaz rezultata započinje osvrtom na deskriptivnu statistiku, normalitete distribucija, razlike među podskupinama s obzirom na rod i klinički status, te korelacijskim matricama kojima se ispituju međuodnosi varijabli zahvaćenih u istraživanju. Tablica 11 prikazuje deskriptivne pokazatelje mjerenih varijabli, posebno za usporednu, a posebno za kliničku skupinu.

**Tablica 11**

*Deskriptivna statistika ukupnog rezultata na depresivnosti, anksioznosti, negativnim i pozitivnim kognicijama i afektivitetu te na fiziološkoj pobuđenosti, posebno za usporednu (n = 150), a posebno za kliničku (n = 156) skupinu.*

	Skupina	M	SD	min-max	TR
Depresivnost	usporedna	5.27	2.677	0-11	0-54
	klinička	19.03	7.336	3-38	
Anksioznost	usporedna	27.79	4.356	20-37	20-60
	klinička	37.16	7.776	20-54	
Negativne kognicije	usporedna	74.96	16.891	40-127	40-200
	klinička	104.10	25.335	51-186	
Pozitivne kognicije	usporedna	68.11	10.879	40-93	20-100
	klinička	62.01	10.841	36-89	
Negativni afektivitet	usporedna	23.41	6.762	15-53	15-75
	klinička	36.67	11.760	15-75	
Pozitivni afektivitet	usporedna	57.76	8.137	32-73	15-75
	klinička	46.83	11.960	20-75	
Fiziološka pobuđenost	usporedna	29.03	7.887	18-61	18-90
	klinička	36.32	12.724	18-82	

*Legenda: Veća vrijednost znači veću izraženost predmeta mjerenja; TR = teoretski raspon*

Ovi statistički postupci, osim što daju informacije o izraženosti pojedinog konstrukta, predstavljaju i temelj za analizu traga kojom će se odgovoriti na glavni istraživački problem koje je cilj ispitati postiže li se integracijom tripartitnog i kognitivnog modela bolje razumijevanje pojave anksioznosti i depresivnosti kod djece različitog kliničkog statusa.

Rezultati u kliničkoj skupini na upitnicima anksioznosti i depresivnosti u skladu su s nalazima u literaturi. Što se tiče depresivnosti, pokazalo se da je prosječna vrijednost na kliničkom uzorku na CDI  $M = 19.0$  ( $SD = 7.34$ ). Takvi nalazi dobiju se i u literaturi (Figueras Masip i sur., 2010; Bang i sur., 2015). Na usporednoj skupini rezultat je na CDI niži od uobičajenog nalaza u literaturi, na našem ne-kliničkom uzorku  $M = 5.3$  ( $SD = 2.68$ ), dok je u drugim istraživanjima oko 9 (npr.  $M=9.6$ ,  $SD=5.33$  Živčić, 1992) U osnovi tako velike razlike je to što smo iz usporednog uzorka od 317 sudionika izdvojili samo sudionike koji nemaju povišenja rezultata kako bismo zadovoljili kriterij da imamo samo djecu koja nisu depresivna.

Što se tiče anksioznosti, pokazalo se da prosječna vrijednost na STAIC u usporednom uzorku  $M = 27.8$  ( $SD = 4.36$ ) pokazuje da kod sudionika nisu prisutni simptomi anksioznosti što je također bio uvjet za uključivanje u ne-kliničku skupinu.

Rezultati vezani uz dimenzije pozitivnog i negativnog afektiviteta te fiziološke pobuđenosti također su u skladu s nalazima koje dobivaju autori svake od skala (Laurent i sur., 1994, Laurent i sur., 2004).

Na dimenzijama pozitivnih i negativnih kognicija nalazi na usporednoj skupini u skladu su s nalazima autorica skala (Marien i Bell, 2004).

Razlike između rezultata u usporednoj i kliničkoj skupini statistički su značajne (Tablica 13) na svim varijablama pri čemu su djeca u kliničkoj skupini statistički značajno depresivnija, anksioznija, imaju više negativnih kognicija, a manje pozitivnih kognicija u usporedbi s ne-kliničkom skupinom. Kod djece u kliničkoj skupini statistički značajno je više simptoma fiziološke pobuđenosti, negativnog afektiviteta, a manje pozitivnog afektiviteta. Takvi rezultati u skladu su s očekivanjima da u kliničkoj skupini bude statistički značajno više simptoma koji upućuju na psihološke poteškoće.

Provjerili smo normalitete distribucija mjerenih varijabli (Tablica 12).

**Tablica 12**

*Normaliteti distribucija ukupnog rezultata na ljestvicama depresivnosti, anksioznosti, negativnim i pozitivnim kognicijama i afektivitetu te na fiziološkoj pobuđenosti, posebno za usporednu, a posebno za kliničku skupinu.*

	Skupina	Z	Asimetričnost distribucije	Spljoštenost distribucije
Depresivnost	Usporedna	.094**	.010	-.845
	Klinička	.078*	.038	-.442
Anksioznost	Usporedna	.068	.115	-.656
	Klinička	.065	.053	-.764
Negativne kognicije	Usporedna	.062	.424	.108
	Klinička	.069	.485	.088
Pozitivne kognicije	Usporedna	.066	.169	-.180
	Klinička	.067	.032	-.493
Negativni afektivitet	Usporedna	.107**	1.131	2.118
	Klinička	.100**	.700	.418
Pozitivni afektivitet	Usporedna	.101**	-.522	.013
	Klinička	.059	.056	-.705
Fiziološka pobuđenost	Usporedna	.131**	1.275	2.314
	klinička	.124**	1.105	1.296

*Legenda: Z = Kolmogorov-Smirnovljeva z-vrijednost; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$*

Testiranjem normaliteta distribucija svih varijabli korištenih u istraživanju posebno na usporednom, a posebno na kliničkom uzorku, pokazalo se da je oko polovina distribucija normalna. Normalnu raspodjelu imaju distribucije: anksioznosti, negativnih i pozitivnih kognicija (sve tri za obje skupine) te varijabla pozitivnog afektiviteta kod kliničke skupine.

Distribucija pozitivnog afektiviteta u usporednoj skupini je negativno asimetrična, odnosno veći je broj sudionika koji na toj varijabli postiže više vrijednosti. Distribucije depresivnosti, negativnog afektiviteta i fiziološke pobuđenosti pozitivno su asimetrične, što govori o tome da sudionici istraživanja u većem postotku na ovim varijablama postižu niže rezultate ili, drugim riječima, više je sudionika koji pokazuju manje depresivnosti, negativnog afekta i simptoma fiziološke pobuđenost.

Iako nisu sve distribucije normalno distribuirane, već su neke pozitivno, neke negativno asimetrične, Petz (2004) navodi kako je moguće koristiti parametrijsku statistiku u slučaju

kada su distribucije donekle pravilne, to jest ako distribucije nisu bimodalne ili U-distribucije. Važno je, također, da u slučajevima kada distribucije rezultata nisu normalne, imati dovoljno velik uzorak te da su uzorci jednake ili slične veličine, što je kod nas slučaj (u usporednoj skupini 150 sudionika, u kliničkoj 156 sudionika).

Kako su sve asimetrične varijable i kod dječaka i kod djevojčica pomaknute u istom smjeru koristit će se parametrijski statistički postupci jer oni imaju veću snagu. Dodatno i rezultati vezani uz asimetričnost (skewness) i spljoštenost (kurtosis) distribucije donose informaciju da niti kod jedne distribucije rezultata nema značajne narušenosti u izgledu distribucije jer vrijednosti asimetričnosti niti u jednom slučaju ne prelaze 3, niti vrijednosti za spljoštenost niti u jednom slučaju ne prelaze 10 (Kline, 2010).

#### *4.1.1 RODNE RAZLIKE U VARIJABLAMA U TRI SKUPINE ISPITANIKA*

Kako bismo odgovorili na problem našeg istraživanja i istražili odnos kognicija, emocija i fizioloških simptoma kod anksioznosti i depresivnosti te provjerili razlike s obzirom na rod, analizom varijance ispitat ćemo razlikuju li se dječaci i djevojčice na odmjerenim varijablama i to u odnosu na skupinu (anksiozni, depresivni, usporedna skupina). Rezultati su prikazani u tablicama 13 i 14.

Dobivene su statistički značajne rodne razlike u varijablama anksioznosti ( $F(1/300)=22.43$ ;  $p<.01$ ), negativnog afektiviteta ( $F(1/300)=5.76$ ;  $p<.05$ ), pozitivnih kognicija ( $F(1/300)=7.15$ ;  $p<.01$ ) i negativnih kognicija ( $F(1/300)=15.85$ ;  $p<.01$ ). Rezultati dodatno pokazuju da djevojčice postižu više rezultate na varijablama anksioznost ( $M=34.4$ ), negativni afektivitet ( $M=31.6$ ) i negativne kognicije ( $M=94.8$ ) te niži na varijabli pozitivne kognicije ( $M=63.6$ ) u odnosu na dječake (istim redom  $M=30.8$ ;  $M=28.8$ ,  $M=85.1$  i  $M=65.0$ ).

Nisu dobivene statistički značajne razlike između dječaka i djevojčica u izraženosti depresivnosti ( $F(1/300)=0.28$ ;  $p>.05$ ), niti u prisutnosti pozitivnog afekta ( $F(1/300)=2.64$ ;  $p>.05$ ) kao niti fiziološke pobuđenosti ( $F(1/300)=2.08$ ;  $p>.05$ ).

**Tablica 13**

Provjera međuodnosa roda i skupine ispitanika na svim varijablama.

	Varijabla	<i>F</i>	$\eta_p^2$
Spol (df = 1)	Anksioznost	22.473**	.070
	Depresivnost	.278	.001
	Pozitivni afektivitet	2.639	.007
	Negativni afektivitet	5.761*	.009
	Pozitivne kognicije	7.146**	.019
	Negativne kognicije	15.847**	.023
	Fiziološka pobuđenost	2.079	.050
Skupina (df = 2)	Anksioznost	121.545**	.448
	Depresivnost	351.079**	.701
	Pozitivni afektivitet	58.021**	.126
	Negativni afektivitet	79.479**	.279
	Pozitivne kognicije	30.041**	.346
	Negativne kognicije	88.386**	.167
	Fiziološka pobuđenost	21.666**	.371
Spol x skupina (df = 2)	Anksioznost	1.527	.010
	Depresivnost	.077	.001
	Pozitivni afektivitet	2.112	.012
	Negativni afektivitet	.336	.014
	Pozitivne kognicije	.804	.002
	Negativne kognicije	.409	.005
	Fiziološka pobuđenost	1.802	.003

Legenda: *F* –vrijednost *F*-omjera analize varijance;  $\eta_p^2$  – Vrijednost parcijalno kvadrirano eta; \**p*<.01; \*\**p*<.001

Što se tiče razlika po skupini ispitanika, pokazalo se postojanje razlika u svim varijablama: anksioznost ( $F(2/300)=121.54$ ;  $p<.01$ ), depresivnost ( $F(2/300)=351.08$ ;  $p<.01$ ), pozitivni afektivitet ( $F(2/300)=58.02$ ;  $p<.01$ ), negativni afektivitet ( $F(2/300)=79.48$ ;  $p<.01$ ), pozitivne kognicije ( $F(2/300)=30.04$ ;  $p<.01$ ), negativne kognicije ( $F(2/300)=88.39$ ;  $p<.01$ ) i fiziološka pobuđenost ( $F(2/300)=21.67$ ;  $p<.01$ ). Rezultati Scheffeovog *post-hoc* testa prikazani su u Tablici 14.



**Tablica 14**

*Rezultati post hoc testova za skupine ispitanika (anksiozni, depresivni i usporedna) na svim istraživanim varijablama.*

Varijabla	Skupina	P	M(SD)A	M(SD)D	M(SD)U
Anksioznost	A-D	.000			
	A-U	.000	40.2(6.32)	33.9(7.90)	27.8(4.36)
	D-U	.000			
Depresivnost	A-D	.000			
	A-U	.000	15.3(7.24)	22.9(5.07)	5.3(2.68)
	D-U	.000			
Pozitivni afektivitet	A-D	.000			
	A-U	.000	50.4(10.45)	43.0(12.34)	57.8(8.14)
	D-U	.000			
Negativni afektivitet	A-D	.008			
	A-U	.000	34.4(11.31)	39.1(11.81)	23.4(6.76)
	D-U	.000			
Pozitivne kognicije	A-D	.000			
	A-U	.542	66.5(10.36)	57.2 (9.21)	68.11(10.88)
	D-U	.000			
Negativne kognicije	A-D	.000			
	A-U	.000	96.4(22.47)	112.2(25.79)	75.0(16.89)
	D-U	.000			
Fiziološka pobuđenost	A-D	.171			
	A-U	.000	38.2(12.21)	35.0(13.13)	29.0(7.89)
	D-U	.000			

*Legenda: A – anksiozni; D – depresivni, U – usporedna; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ ; M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija*

Kod anksioznosti, depresivnosti, pozitivnog afektiviteta, negativnog afektiviteta i negativnih kognicija su svi *post hoc* testovi statistički značajni. Dobiveni su slijedeći rezultati:

Anksioznost – statistički značajno najviši rezultat postižu anksiozni (M=40.2, SD=6.32, zatim depresivni (M=33.9; SD=7.90) te na kraju usporedna skupina (M=27.8; SD=4.35).

Depresivnost – statistički značajno najviši rezultat postižu depresivni (M=22.9, SD=5.07, zatim anksiozni (M=15.3; SD=7.24) te na kraju usporedna skupina (M=5.3; SD=2.68).

Pozitivni afektivitet – statistički značajno najviši rezultat postižu dječaci i djevojčice u usporednoj skupini (M=57.8, SD=8.14), zatim anksiozni (M=50.4; SD=10.46) te na kraju depresivni (M=43.0; SD=12.34).

Negativni afektivitet – statistički značajno najviši rezultat postižu depresivni (M=39.1, SD=11.81, zatim anksiozni (M=34.4; SD=11.31) te na kraju usporedna skupina (M=23.4; SD=6.76).

Negativne kognicije – statistički značajno najviši rezultat postižu depresivni (M=112.2, SD=25.79, zatim anksiozni (M=96.4; SD=22.47) te na kraju usporedna skupina (M=75.0; SD=16.89).

Kod fiziološke pobuđenosti su značajni *post hoc* testovi između usporedne skupine i obje kliničke skupine, ali se depresivni i anksiozni međusobno ne razlikuju statistički značajno. Tako dječaci i djevojčice bez dijagnoze imaju nižu fiziološku pobuđenost (M=29.0; SD=7.89) u odnosu na depresivne (M=35.0; SD=13.13) i anksiozne (M=38.2; SD=12.21).

Kod pozitivnih kognicija su *post hoc* testovi pokazali da se depresivni dječaci i djevojčice razlikuju od anksioznih i onih bez dijagnoze. Depresivni postižu statistički značajno niži rezultat na pozitivnim kognicijama (M=57.2; SD=9.21) od anksioznih (M=66.5; SD=10.36) i onih iz usporedne skupine (M=68.1; SD=10.88).

Što se tiče interakcije između spola i skupine na zavisne varijable pokazalo se da nema statistički značajne interakcije kod niti jedne od varijabli: anksioznost ( $F(2/300)=1.53$ ;  $p>.05$ ), depresivnost ( $F(2/300)=.08$ ;  $p>.05$ ), pozitivni afektivitet ( $F(2/300)=2.11$ ;  $p>.05$ ), negativni afektivitet ( $F(2/300)=.34$ ;  $p>.05$ ), pozitivne kognicije ( $F(2/300)=.80$ ;  $p>.05$ ), negativne kognicije ( $F(2/300)=.41$ ;  $p>.05$ ), fiziološka pobuđenost ( $F(2/300)=1.80$ ;  $p>.05$ ),

#### 4.1.2 MEĐUSOBNA POVEZANOST ISPITIVANIH VARIJABLI

U ovom dijelu izlaganja rezultata prikazane su međusobne povezanosti svih ispitivanih varijabli, posebno za svaku skupinu i posebno s obzirom na rod. Rezultati za usporednu i za kliničku skupinu prikazani su u tablici 15.

**Tablica 15**

*Povezanost između svih ispitivanih varijabli u usporednoj (N=150) iznad dijagonale i u kliničkoj skupini (N=156) ispod dijagonale.*

	1	2	3	4	5	6	7
1 Depresivnost	-	.302*	.217**	-.278**	.325**	-.306**	.110
2 Anksioznost	.035	-	.418**	-.084	.382**	.018	.405**
3 Negativne kognicije	.383**	.187*	-	-.110	.446**	.081	.334**
4 Pozitivne kognicije	-.400**	.124	-.314**	-	-.061	.539**	.159
5 Negativni afektivitet	.429**	.264*	.521**	-.226**	-	.015	.318**
6 Pozitivni afektivitet	-.300**	.189*	-.260**	.593**	-.220**	-	.245*
7 Fiziološki simptomi	.033	.449**	.258**	.193*	.353**	.192*	-

*Legenda: \*p<.05; \*\*p<.01*

Karakteristične su značajne povezanosti i u usporednoj i u kliničkoj skupini između: depresivnosti i negativnog afektiviteta, anksioznosti i negativnog afektiviteta, anksioznosti i fiziološke pobuđenosti, depresivnosti i pozitivnog afektiviteta, što je sve očekivano prema tripartitnom modelu. Uz to, u obje skupine dobivene su i značajne povezanosti između anksioznosti i negativnih kognicija, kao i depresivnosti i negativnih kognicija, negativnog afektiviteta s fiziološkom pobuđenošću i negativnih kognicija s fiziološkom pobuđenošću i pozitivnog afektiviteta s fiziološkom pobuđenošću te, očekivano, između pozitivnog afektiviteta i pozitivnih kognicija te negativnog afektiviteta i negativnih kognicija.

Specifično obzirom na skupinu, u kliničkoj skupini anksioznost i depresivnost nisu povezane ( $r=.035$ ;  $p>.01$ ), u kliničkoj skupini je pozitivni afekt značajno povezan s anksioznosti ( $r=.189$ ;  $p<.05$ ), dok u usporednoj nije. Još jedna zanimljiva razlika dobivena je u ulozi negativnih kognicija, one su značajno više povezane s anksioznosti u usporednoj skupini, nego u kliničkoj (korelacije su testirane preko Fisherovih z-vrijednosti i dobiveno je  $z=2.22$ ,  $p<.05$ ). Karakteristična je i veća nezavisnost dimenzija afekta i kognicija u usporednoj skupini, nego u kliničkoj gdje su dobivene značajne povezanosti: pozitivnih i negativnih

kognicija ( $r=-.314$ ;  $p<.01$ ), pozitivnog i negativnog afektiviteta ( $r=-.220$ ;  $p<.01$ ) i kombinacije pozitivni afekt – negativne kognicije ( $r=-.260$ ;  $p<.01$ ) i pozitivne kognicije – negativni afekt ( $r=-.226$ ;  $p<.01$ ) što govori o preklapanju tih faktora.

U prilog nezavisnosti dimenzija tripartitnog modela možemo istaknuti da korelacija između negativnog i pozitivnog afektiviteta nije značajna kod usporedne skupine ( $r=.015$ ;  $p>.01$ ), dok je kod kliničke skupine ta povezanost značajna ( $r=-.220$ ;  $p<.01$ ). Povezanosti fiziološke pobuđenosti i s negativnim i s pozitivnim afektivitetom kod obje skupine može ukazivati na preklapanje ovih triju dimenzija.

Sada ćemo prikazati rezultate posebno za svaki rod unutar usporedne i kliničke skupine. Rezultati za usporednu skupinu prikazani su u tablici 16.

**Tablica 16**

*Povezanost između svih ispitivanih varijabli u usporednoj skupini za dječake (N=70) iznad dijagonale, a za djevojčice (N=80) ispod dijagonale.*

	1	2	3	4	5	6	7
1 Depresivnost	-	.293*	.158	-.325**	.332**	-.403**	.202
2 Anksioznost	.288**	-	.374**	-.151	.363**	.014	.496**
3 Negativne kognicije	.254*	.406**	-	-.215	.455**	.103	.336**
4 Pozitivne kognicije	-.217	.023	.034	-	-.112	.538**	.003
5 Negativni afektivitet	.300**	.367**	.405**	.018	-	.081	.340**
6 Pozitivni afektivitet	-.203	.078	.112	.539**	-.020	-	.274*
7 Fiziološki simptomi	.017	.326**	.339**	.326**	.297**	.228*	-

*Legenda: \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$*

Karakteristične su značajne povezanosti *i kod dječaka i kod djevojčica* između: anksioznosti i depresivnosti, depresivnosti i negativnog afektiviteta, anksioznosti i negativnog afektiviteta, anksioznosti i negativnih kognicija, anksioznosti i fiziološke pobuđenosti, negativnih kognicija fiziološkom pobuđenošću, negativnog afektiviteta s fiziološkom pobuđenošću i pozitivnog afektiviteta s fiziološkom pobuđenošću te, očekivano, između pozitivnog afektiviteta i pozitivnih kognicija te negativnog afektiviteta i negativnih kognicija.

Specifično s obzirom na rod, kod dječaka je s depresijom povezana odsutnost pozitivnih kognicija ( $r=-.325$ ;  $p<.01$ ) i odsutnost pozitivnog afekta ( $r=-.403$ ;  $p<.01$ ), dok kod djevojčica nema značajne povezanosti između depresije i pozitivnih kognicija i pozitivnog afekta. Negativne kognicije nisu povezane s depresivnošću kod dječaka, dok kod djevojčica jesu ( $r=.254$ ;  $p<.05$ ). Kod djevojčica su fiziološki simptomi povezani s pozitivnim kognicijama ( $r=.326$ ;  $p<.01$ ).

Rezultati povezanosti s obzirom na rod za kliničku skupinu prikazani su u tablici 17.

**Tablica 17**

*Povezanost između svih ispitivanih varijabli u kliničkoj skupini za dječake (N=77) iznad dijagonale, a za djevojčice (N=79) ispod dijagonale.*

	1	2	3	4	5	6	7
1 Depresivnost	-	-.055	.330**	-.447**	.409**	-.252*	-.098
2 Anksioznost	.135	-	.093	.166	.321**	.209	.438**
3 Negativne kognicije	.459**	.181	-	-.321**	.448**	-.253*	.089
4 Pozitivne kognicije	-.368**	-.192	-.260*	-	-.137	.601**	.274*
5 Negativni afektivitet	.462**	.179	.560**	-.276*	-	-.013	.372**
6 Pozitivni afektivitet	-.349**	.218	-.254*	.589**	-.365**	-	.332**
7 Fiziološki simptomi	.169	.440**	.382**	.156	.323**	.089	-

*Legenda: \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$*

Karakteristične su značajne povezanosti i kod dječaka i kod djevojčica između depresivnosti i: negativnog afektiviteta, negativnih kognicija, pozitivnog afektiviteta i pozitivnih kognicija. Značajno je kod oba roda povezana anksioznost s fiziološkom pobuđenosti te negativni afektivitet s fiziološkom pobuđenošću. Anksioznost nije povezana s depresijom što je u skladu s očekivanjima jer smo pazili da izbjegnemo komorbiditet ovih dvaju entiteta. Također očekivano, dobivena je povezanost između pozitivnog afektiviteta i pozitivnih kognicija te negativnog afektiviteta i negativnih kognicija.

Specifično obzirom na rod, kod dječaka je anksioznost značajno povezana s negativnim afektivitetom ( $r=.321$ ;  $p<.01$ ), dok kod djevojčica nije. Kod djevojčica je odsutnost pozitivnog afektiviteta povezana s negativnim afektivitetom ( $r=-.365$ ;  $p<.01$ ), dok kod dječaka nema značajne povezanosti u tim varijablama što govori o većoj nezavisnosti tih dimenzija kod dječaka. Kod dječaka su fiziološki simptomi povezani s pozitivnim kognicijama ( $r=.274$ ;  $p<.05$ ) i s pozitivnim afektivitetom ( $r=.332$ ;  $p<.01$ ), dok su kod djevojčica fiziološki simptomi povezani s negativnim kognicijama ( $r=.382$ ;  $p<.01$ ).

#### **4.2 DIMENZIJE TRIPARTITNOG MODELA KAO PREDIKTORI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI U USPOREDNOJ SKUPINI**

Provedena je stupnjevita regresijska analiza za provjeru postavljenih hipoteza, odnosno hoće li negativni afektivitet biti značajan prediktor depresivnosti i anksioznosti te fiziološka pobuđenost statistički značajan prediktor specifičan za anksioznost, a odsutnost pozitivnog afektiviteta prediktor specifičan za depresivnost. Pretpostavili smo i da će model bolje pristajati u ne-kliničkoj nego u kliničkoj skupini. Provedena je stupnjevita regresijska analiza, posebno za usporednu i posebno za kliničku skupinu. Dimenzije tripartitnog modela: negativni afektivitet, pozitivni afektivitet i fiziološka pobuđenost su uzete kao prediktori, dok su depresivnost i anksioznost kriterij (tablica 18).

Provedenom regresijskom analizom s navedenim prediktorima objašnjeno je ukupno 23.5 % varijance anksioznosti, gdje su dva od tri prediktora statistički značajni, a to su, u skladu s hipotezom, negativni afektivitet i fiziološka pobuđenost. Za kriterij depresivnost uspijevamo objasniti 20.2% varijance s također dva od tri statistički značajna prediktora, u skladu s hipotezom, negativnim afektivitetom i odsutnošću pozitivnog afektiviteta.

**Tablica 18**

*Rezultati stupnjevite regresijske analize pri predikciji anksioznosti i depresivnosti putem dimenzija tripartitnog modela kod usporedne skupine.*

Anksioznost					Depresija				
F(df)	R	R <sup>2</sup>	B	Durbin Watson	F(df)	R	R <sup>2</sup>	β	Durbin Watson
13.72** (1/147)	.485	.235		1.812	17.80** (1/147)	.449	.202		2.085
<b>Negativni afektivitet</b>			.282**					.130**	
<b>Pozitivni afektivitet</b>			-.068					-.102**	
<b>Fiziološka pobuđenost</b>			.315**					.097	

*Legenda: kurziv – isključena varijabla ; R – koeficijent multiple korelacije; R<sup>2</sup> – koeficijent determinacije; β – standardizirani regresijski koeficijenti; Durbin Watson – pokazatelj reprezentativnosti regresijskog modela; \*\*p<.01*

Pokazalo se, kao što smo i očekivali, da je negativan afektivitet statistički značajni prediktor i za anksioznost i za depresivnost, da je odsutnost pozitivnog afektiviteta statistički značajni prediktor za depresivnost, ali ne i za anksioznost te da je fiziološka pobuđenost statistički značajan prediktor za anksioznost, ali ne i za depresivnost. Time smo potvrdili tripartitni model kod usporedne skupine.

#### **4.3 DIMENZIJE TRIPARTITNOG MODELA KAO PREDIKTORI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI U KLINIČKOJ SKUPINI**

U Tablici 19 prikazani su rezultati regresijske analize za kliničku skupinu. Provedenom regresijskom analizom s navedenim prediktorima uspjeli smo objasniti ukupno 20.1 % varijance anksioznosti, gdje je samo jedan od tri prediktora statistički značajan, a to je fiziološka pobuđenost. Za kriterij depresivnost uspijevamo objasniti 22.9% varijance s dva od tri statistički značajna prediktora, negativnim afektivitetom i odsutnošću pozitivnog afektiviteta, što smo i očekivali.

**Tablica 19**

*Rezultati stupnjevite regresijske analize pri predikciji anksioznosti i depresivnosti putem dimenzija tripartitnog modela kod kliničke skupine.*

Anksioznost					Depresija				
F(df)	R	R <sup>2</sup>	β	Durbin Watson	F(df)	R	R <sup>2</sup>	β	Durbin Watson
38.85 (1/154)	.449	.201		1.466	8.80 (1/153)	.478	.229		1.487
<b>Negativni afektivitet</b>			.120					.238**	
<b>Pozitivni afektivitet</b>			.107					-.133**	
<b>Fiziološka pobuđenost</b>			.274**					-.075	

*Legenda: kurziv – isključena varijabla ; R – koeficijent multiple korelacije; R<sup>2</sup> – koeficijent determinacije; β – standardizirani regresijski koeficijenti; Durbin Watson – pokazatelj reprezentativnosti regresijskog modela; \*\*p<.01*

Prema dobivenim nalazima neke od hipoteza nisu se potvrdile. Pokazalo se, suprotno očekivanjima, da negativan afektivitet nije statistički značajni prediktor za anksioznost, već je u objašnjavanju anksioznosti najvažniji faktor fiziološka pobuđenost. Za depresivnost su, očekivano, značajni faktori negativni afektivitet i odsutnost pozitivnog afektiviteta koji su se u kliničkoj skupini oba pokazali kao specifični statistički značajni prediktori za depresivnost, jer ne doprinose značajno objašnjenju anksioznost. Time je tripartitni model samo djelomično potvrđen kod kliničke skupine i možemo zaključiti da, kako smo očekivali, model će bolje pristajati kod ne-kliničke skupine.

#### **4.4 DIMENZIJE IZ KOGNITIVNOG MODELA KAO PREDIKTORI ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI**

U ne-kliničkoj skupini regresijski koeficijent za negativne i pozitivne kognicije kao prediktore anksioznosti iznosi R=.54 te je 29% varijance anksioznosti objašnjeno modelom u kojem uz kognicije uvodimo medijator varijable tripartitnog modela (F=11.79, p<0.01), u odnosu na model samo s kognicijama i kriterijem (anksioznosti) kada je objašnjeno R = .42 i 18% varijance (F=15.74, p<0.01). Kod kriterija depresivnosti regresijski koeficijent za negativne i



pozitivne kognicije kao prediktore iznosi  $R=.48$  te je 23% varijance depresivnosti objašnjeno modelom u kojem su integrirani tripartitni i kognitivni model ( $F=8.49$ ,  $p<0.01$ ), u odnosu na model samo s kognicijama kojim je objašnjeno 11% varijance, a  $R$  iznosi  $.34$  ( $F=9.31$ ,  $p<0.01$ ).

Kada se kognicije gledaju same u predikciji anksioznosti, značajne su negativne kognicije ( $b=.06$ ,  $t=5.50$ ,  $p<0.01$ ) dok pozitivne nisu ( $b=-.02$ ,  $t=-.51$ ,  $p>0.05$ ). Kada se kognicije gledaju same u predikciji depresivnosti, značajne su negativne kognicije ( $b=.03$ ,  $t=5.50$ ,  $p<0.05$ ) dok pozitivne kognicije nisu značajne ( $b=-.02$ ,  $t=-.51$ ,  $p>0.05$ ).

Dakle, negativne kognicije objašnjavaju dodatni dio varijance i depresivnosti i anksioznosti, a pozitivne kognicije objašnjavaju dodatni dio varijance depresivnosti.

Kako bismo usporedili ima li razlike u modelu predviđanja s obzirom na izraženost psihopatologije, provest ćemo stupnjevitu regresijsku analizu i na kliničkoj skupini.

Regresijski koeficijent za negativne i pozitivne kognicije kao prediktore anksioznosti iznosi  $R=.49$  te je 24% varijance anksioznosti objašnjeno modelom u kojem uz kognicije uvodimo medijator varijable tripartitnog modela ( $F=9.42$ ,  $p<0.01$ ), u odnosu na model samo s kognicijama i kriterijem (anksioznosti) kada je objašnjeno  $R=.27$  i 7% varijance ( $F=5.91$ ,  $p<0.01$ ). Kod depresivnosti, regresijski koeficijent za negativne i pozitivne kognicije kao prediktore iznosi  $R=.55$  te je 30% varijance depresivnosti objašnjeno modelom u kojem su integrirana oba modela ( $F=12.77$ ,  $p<0.01$ ), u odnosu na model samo s kognicijama kojim je objašnjeno 23% varijance, a  $R$  iznosi  $.48$  ( $F=23.83$ ,  $p<0.01$ ).

Kada se kognicije gledaju same u predikciji anksioznosti, značajne su i negativne kognicije ( $b=.08$ ,  $t=3.05$ ,  $p<0.01$ ) i pozitivne kognicije ( $b=.15$ ,  $t=2.46$ ,  $p<0.01$ ). Kada se kognicije gledaju same u predikciji depresivnosti, značajne su i negativne kognicije ( $b=.08$ ,  $t=3.83$ ,  $p<0.01$ ) i pozitivne kognicije ( $b=-.21$ ,  $t=-4.17$ ,  $p<0.01$ ).

Negativne i pozitivne kognicije objašnjavaju dodatni dio varijance i depresivnosti i anksioznosti.

Možemo reći da model bolje pristaje usporednoj skupini nego kliničkoj.

Nakon provjere regresijskim analizama predviđanje anksioznosti i depresivnosti na temelju dimenzija tripartitnog modela, sa i bez kognicija kao i predviđanje samo na temelju kognicija, prikazat ćemo u tablici 20 koji postotak varijance koji bismo objasnili svakim od ovih modela.

**Tablica 20**

*Postotci objašnjene varijance pri predikciji anksioznosti i depresivnosti putem dimenzija tripartitnog modela, kognitivnog modela i integriranog tripartitnog i kognitivnog modela kod obje skupine.*

	Usporedna		Klinička	
	Anksioznost	Depresivnost	Anksioznost	Depresivnost
Tripartitni model	23.5%	20.2%	20.1%	22.9%
Kognitivni model	18%	11%	7%	23%
Integracija tripartitnog i kognitivnog modela	29%	23%	24%	30%

Rezultati prikazani u tablici 20 potvrđuju hipotezu našeg istraživanja prema kojoj će negativne i pozitivne kognicije objašnjavati dodatni dio varijance depresivnosti, odnosno anksioznosti, iako navedene vrste kognicija u tripartitnom modelu nisu uzete u obzir.

#### 4.4.1 SADRŽAJI KOGNICIJA KOD USPOREDNE I KLINIČKE SKUPINE

Kako bismo detaljnije ispitali povezanost kognicija s anksioznošću i depresivnošću odlučili smo se usmjeriti na specifičan sadržaj anksioznih i depresivnih misli jer je prema kognitivnom modelu u razlikovanju ovih dvaju poremećaja ključan upravo sadržaj kognicija. Varijablu negativne kognicije ponovno ćemo rastaviti na anksiozne i depresivne kognicije.

*Usporedbom ne-kliničke i kliničke skupine* dobili smo statistički značajne razlike između skupina za sve tri vrste misli: anksiozne ( $t(304)=-11.186;p<.01$ ), depresivne ( $t(304)=-10.883;p<.01$ ) i pozitivne ( $t(304)=4.918;p<.01$ ). Razlike su u smjeru da djeca u kliničkoj skupini imaju statistički značajno više anksioznih i depresivnih misli te manje pozitivnih misli u usporedbi s djecom iz ne-kliničke skupine.

Usporedbom anksiozne i depresivne djece unutar kliničke skupine također smo dobili statistički značajne razlike između skupina za sve tri vrste misli: anksiozne ( $t(154)=-3.776;p<.01$ ), depresivne ( $t(154)=-3.875;p<.01$ ) i pozitivne ( $t(154)=5.914;p<.01$ ). Razlike su u smjeru da anksiozna djeca imaju statistički značajno više anksioznih i pozitivnih misli, u usporedbi s depresivnom djecom koja imaju više depresivnih misli nego anksiozna djeca.

Svi gore dobiveni nalazi su očekivani. Djeca s psihičkim poremećajem imaju više negativnih i manje pozitivnih misli, a specifičan sadržaj misli karakterističan je za anksioznost i depresivnost.

Za detaljniju obradu istražili smo rodne razlike, posebno kod usporedne, a posebno kod kliničke skupine. Rezultati su prikazani u tablici 21.

**Tablica 21**

*Razlike u prisutnosti anksioznih, depresivnih i pozitivnih kognicija s obzirom na rod i izraženost psihopatologije.*

	Skupina	N	M	SD	t (df)	d-indeks	
Anksiozne misli	U	djevojčice	70	43.39	11.176	3.145** (148)	.511
		dječaci	80	38.14	9.258		
	K	djevojčice	79	59.57	13.674	2.528** (154)	.405
		dječaci	77	53.84	14.608		
Depresivne misli	U	djevojčice	70	35.31	7.529	1.403 (148)	.229
		dječaci	80	33.55	7.816		
	K	djevojčice	79	49.52	13.228	2.212* (154)	.355
		dječaci	77	45.14	11.383		
Pozitivne misli	U	djevojčice	70	67.37	11.787	-.780 (148)	.127
		dječaci	80	68.76	10.047		
	K	djevojčice	79	60.21	10.431	-2.114* (154)	.338
		dječaci	77	63.84	11.012		

*Legenda: U – usporedna skupina; K – klinička skupina; N – veličina uzorka; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – vrijednost t-testa; df – stupnjevi slobode; d-indeks – vrijednost Cohenovog d*

Pokazalo se da su prisutne rodne razlike u vrsti misli, no to je manje izraženo u usporednoj skupini gdje su prisutne samo rodne razlike za anksiozne misli ( $t(148)=-3.145;p<.01$ ) na način da djevojčice imaju više anksioznih misli u usporedni s dječacima. U pogledu depresivnih i pozitivnih misli nema rodni razlika u usporednoj skupini. U kliničkoj skupini prisutne su rodne razlike za svaku vrstu misli: za anksiozne ( $t(154)= 2.528;p<.01$ ), za depresivne ( $t(154)= 2.212;p<.05$ ) i za pozitivne misli ( $t(154)= -2.114;p<.05$ ) pri čemu su djevojčice te koje imaju više anksioznih i depresivnih, a manje pozitivnih misli u usporedbi s dječacima.

Kako bismo ispitali rodne razlike kod djece koja već imaju poremećaj, usporedili smo djevojčice i dječake u svakoj od kliničkih podskupina. Rezultati su prikazani u tablici 22.

**Tablica 22**

*Razlike u prisutnosti anksioznih, depresivnih i pozitivnih kognicija s obzirom na rod i vrstu poremećaja (anksiozni i depresivni).*

	Skupina	N	M	SD	t (df)	d-indeks	
Anksiozne misli	A	djevojčice	43	55.16	12.469	1.925 (78)	.432
		dječaci	37	49.78	12.455		
	D	djevojčice	36	64.83	13.334	2.163* (74)	.499
		dječaci	40	57.60	15.574		
Depresivne misli	A	djevojčice	43	46.12	11.985	2.001* (78)	.451
		dječaci	37	40.97	10.820		
	D	djevojčice	36	53.58	13.652	1.643 (74)	.375
		dječaci	40	49.00	10.614		
Pozitivne misli	A	djevojčice	43	64.86	9.389	-1.575 (78)	.351
		dječaci	37	68.49	11.199		
	D	djevojčice	36	54.67	8.861	- 2.378* (74)	.546
		dječaci	40	59.55	9.010		

*Legenda: A – anksiozna djeca; D – depresivna djeca; N – veličina uzorka; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – vrijednost t-testa; df – stupnjevi slobode; d-indeks – vrijednost Cohenovog d*

Usporedbom rezultata između dječaka i djevojčica posebno za svaku kliničku podskupinu, pokazalo se da depresivne djevojčice imaju značajno više anksioznih misli u usporedbi s

depresivnim dječacima ( $t(74)= 2.163;p<.05$ ). Na isti način, anksiozne djevojčice u usporedbi s anksioznim dječacima imaju više depresivnih misli ( $t(78)= 2.00;p<.05$ ). U pogledu pozitivnih misli kod depresivne djece, dječaci imaju više pozitivnih misli od djevojčica ( $t(154)= -2.378;p<.05$ ). Kod anksiozne djece i poremećaju specifičnih anksioznih misli, kao i kod depresivne djece i poremećaju specifičnih depresivnih misli nisu nađene rodne razlike. Isto tako, među anksioznom djecom nema rodne razlike u pogledu pozitivnih misli koje su ionako prema pretpostavljenom modelu više karakteristične za depresivnost.

#### 4.4.2 OMJER POZITIVNIH I NEGATIVNIH MISLI

Kako bismo bolje ispitali odnos pozitivnih i negativnih kognicija izračunali smo koji je njihov omjer za svaki rod i sveukupno za sve sudionike. Prema «Teoriji stanja uma» (Schwartz i Garamoni, 1989), za psihološko blagostanje ključan je omjer pozitivnih i negativnih misli. Omjer pozitivnih i negativnih misli izračunava se dijeljenjem pozitivnih samo-izjava sa zbrojem pozitivnih i negativnih samo-izjava ( $P/P+N$ ). Optimalnim se smatra omjer .62 što je slično dobiveno u našem istraživanju (.65). U kliničkoj skupini omjer je niži (.54) što je u skladu s našim očekivanjima, prema autorima se radi o konfliktnom dijalogu, karakterističnom za stanja nesigurnosti i neodlučnosti, poput blage i umjerene anksioznosti. Zanimljiv podatak je da je, očekivano, veći omjer negativnih misli u kliničkoj u usporedbi s ne-kliničkom skupinom, ipak je prisutnost pozitivnih misli i jednoj i u drugoj skupini visoka. Kako je upitnik za mjerenje kognicija formiran tako da ima duplo više negativnih kognicija jer one obuhvaćaju anksiozne i depresivne misli, za računanje ovog omjera uzeli smo polovinu aritmetičke sredine varijable negativne kognicije, a mjera pozitivnih kognicija bila je aritmetička sredina istoimene varijable. Rezultati su prikazani u tablici 23.

**Tablica 23**

*Omjer pozitivnih i negativnih misli u usporednoj i u kliničkoj skupini.*

Skupina	Pozitivne kognicije	Negativne kognicije	Omjer
Usporedna	68%	37%	.65
Klinička	62%	52%	.54

## 5.4 REZULTATI INTEGRACIJA VARIJABLI TRIPARTITNOG I KOGNITIVNOG MODELA

Glavni problem istraživanja bio je ispitati odnos kognicija, emocija i fizioloških simptoma kod anksioznosti i depresivnosti te provjeriti razlike s obzirom na rod i prisutnost psihopatologije. Kako bismo provjerili hipoteze da će hipotetski model integracije tripartitnog i kognitivnog modela bolje opisivati podatke u ne-kliničkoj nego u kliničkoj skupini te da će se rodne razlike odražavati na razlike u primjenjivosti modela na djecu i adolescente, proveli smo analizu traga.

Analizom traga provjerili smo pristajanje sedam različitih modela podacima. Prediktorske varijable u svim modelima bile su pozitivne i negativne kognicije, a medijatori su bili pozitivni i negativan afekt te fiziološka pobuđenost. Kriterijske varijable su bile anksioznost i depresivnost. S obzirom da podatci nemaju normalnu distribuciju, za procjenu parametara smo koristili robusnu metodu najveće vjerodostojnosti (robust maximum likelihood).

Kako bismo odredili razinu pristajanja provjeravanih modela, koristit će se različiti indikatori pristajanja modela podacima.  $\chi^2$  test je test kojim se testira postojanje razlike između pretpostavljenog modela i opaženih rezultata. Problem ovog pokazatelja jest taj što je osjetljiv na veličinu uzorka i često pokazuje statističku značajnost čime bi se pretpostavljeni model trebao odbaciti ili modificirati (odnosno, opaženi rezultati se time statistički značajno razlikuju od pretpostavljenog modela) iako to nije nužno (Little, 2013). Zbog takvog slučaja, znanstvenici su razvili različite druge pokazatelje pristajanja koje je poželjno koristiti zajedno kako bi se donijela preciznija odluka o pristajanju modela.

Jedan od takvih pokazatelja jest RMSEA (*root mean square error of approximation*) koji pripada apsolutnim pokazateljima pristajanja jer uspoređuje pretpostavljeni model s idealnim modelom te u konačnici pokazuje razinu odstupanja uz korekciju za stupnjeve slobode (Little, 2013). Prednost RMSEA jest taj što se može izračunati i interval pouzdanosti (90% CI RMSEA) čime možemo vidjeti raspon u kojem možemo opaziti pravu vrijednost RMSEA i na taj način donijeti precizniju odluku o pristajanju modela. Little (2013) predlaže vrijednost RMSEA manje od .08 za donošenje odluke o zadovoljavajućoj razini pristajanja. Drugi pokazatelj koji će se koristiti u ovom radu jest SRMR (*the standardized root mean square residual*) koji također kao i RMSEA pripada u apsolutne pokazatelje pristajanja. Little (2013) također predlaže vrijednosti manje od .08 za donošenje odluke o zadovoljavajućoj razini pristajanja.

Uz navedene apsolutne pokazatelje pristajanja, koristit će se i CFI (*comparative fit index*) kao jedan od relativnih pokazatelja pristajanja. Taj pokazatelj ukazuje na razliku između opaženih rezultata i pretpostavljenog modela, uzimajući u obzir veličinu uzorka (Little, 2013). Veći rezultat, pokazuje bolje pristajanje. Little (2013) navodi vrijednosti veće od 0.9 kao pokazatelj dobrog pristajanja.

Multigrupnom analizom traga ispitano je koji model odnosa među varijablama najbolje opisuje podatke (usporedba modela 1, 2 i 3 te 5 i 6, tablica 24), te jesu li ti odnosi jednaki u tri skupine različitih dijagnoza (model 3 i 4) i u dvije skupine različitog roda (model 6 i 7).

1. Prvo je testiran model 1 u kojem se pretpostavljalo da i pozitivne i negativne kognicije kao prediktori predviđaju i anksioznost i depresivnost, i to i direktno i preko pozitivnog i negativnog afekta i fiziološke pobuđenosti kao medijatora. Ovaj model testiran je na sve tri grupe istovremeno, ali tako da svi procijenjeni parametri mogu biti različiti između svih grupa. Ovaj model pokazao je zadovoljavajuće pristajanje podacima, robusni  $\chi^2 = 27.617$ ,  $df = 9$ ,  $p = .001$ , CFI = .96, RMSEA = .142, RSMEA 90% CI [.084, .204], SRMR = .055 (tablica 24).

**Tablica 24**

*Modeli testirani analizom traga*

Skupine	Model	$\chi^2 (p)$	$df$	RMSEA [90% CI]	CFI	SRMR	$\Delta\chi^2 (p)^*$
Različite dijagnoze	1. Svi prediktori na sve kriterije	27.617(<.001)	9	.142[.084, .204]	.96	.055	
	2. ITK	43.651(<.001)	18	.118[.074, .163]	.94	.055	16.014 (.067)
	3. ITK + PK-FP	23.858 (.068)	15	.076[.000, .130]	.979	.060	19.105 (<.001)
	4. ITK + PK-FP jednak u svim skupinama	63.960 (.050)	47	.062[.010, .097]	.957	.086	40.541 (.143)
Različiti rod	5. ITK	47.912(<.001)	12	.148[.105, .193]	.954	.071	
	6. ITK + PK-FP	22.684(<.001)	10	.097[.043, .150]	.984	.060	26.887 (<.001)
	7. ITK + PK-FP jednak u svim skupinama	40.206 (.037)	26	.063[.016, .100]	.982	.079	17.387 (.361)

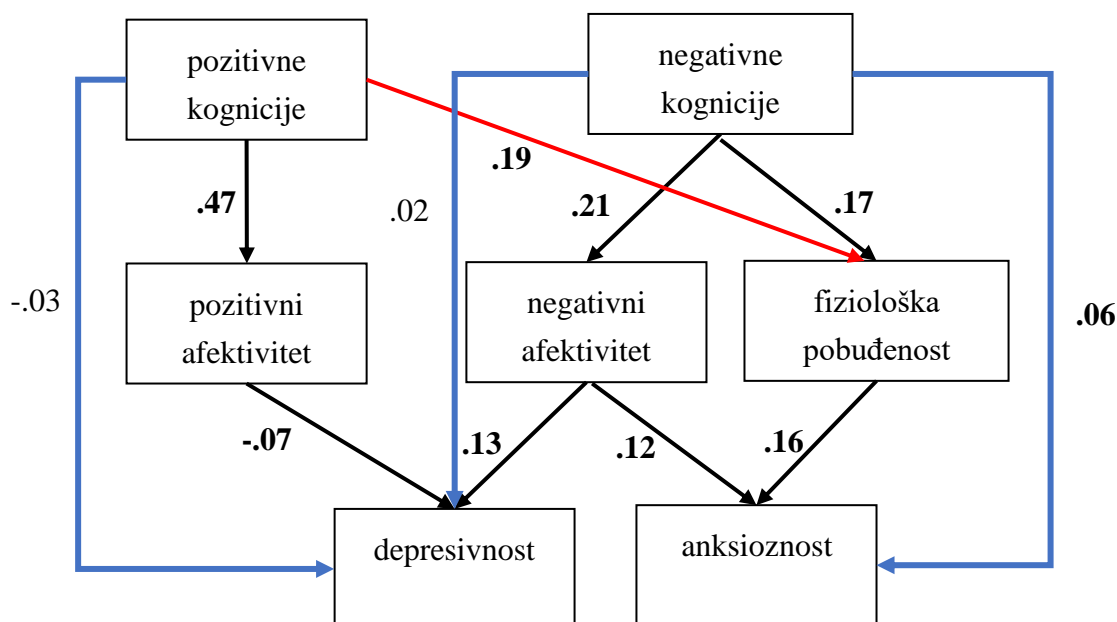
*Napomena.* ITK - Integrirani tripartitni i kognitivni model; ITK + PK-FP – model kojem je dodana veza pozitivnih kognicija i fiziološke pobuđenosti. \* Modeli su uspoređeni s modelom iznad u tablici.

2. Zatim je testiran model 2 prikazan na slici 13 koji pretpostavlja iste prediktore i medijatore kao model 1, no sukladno tripartitnom i kognitivnom modelu pretpostavlja da pozitivne kognicije ne doprinose anksioznosti i da fiziološka pobuđenost ne doprinosi depresiji. Pokazatelji pristajanja ovog modela nisu ukazivali na jednoznačan zaključak - CFI i SRMR ukazuju na zadovoljavajuće pristajanje, a RMSEA na ne zadovoljavajuće. Robusni  $\chi^2 = 43.651$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0.001$ , CFI = .94, RMSEA = .118, RSMEA 90%CI [.074, .163], SRMR = .055 (tablica 24), a usporedba s prethodnim modelom pokazala je da ovaj model jednako dobro opisuje podatke kao i model 1,  $\Delta\chi^2 = 16.014$ ,  $\Delta df = 9$ ,  $p = .067$  (tablica 24).
3. S obzirom na upitno pristajanje modela 2, ispitali smo model u kojem smo pretpostavili da, pored već pretpostavljenih odnosa u modelu 2, fiziološku pobuđenost dodatni predviđaju pozitivne kognicije. Ovaj model 3 dobro je pristajao podacima i statistički značajno bolje od modela 2, Robusni  $\chi^2 = 23.858$ ,  $df = 15$ ,  $p = 0.068$ , CFI = .979, RMSEA = .076, RSMEA 90%CI [.000, .130], SRMR = .037,  $\Delta\chi^2 = 19.105$ ,  $\Delta df = 3$ ,  $p < .001$  (tablica 24). Odnosno, sukladno našim pretpostavkama, fiziološka pobuđenost ne doprinosi značajno objašnjavanju depresije, a pozitivan afekt ne doprinosi značajno objašnjavanju anksioznosti pored ostalih prediktora. Ono što je donekle različito od naših pretpostavki jest što pozitivne kognicije doprinose objašnjavanju fiziološke pobuđenosti, što znači da, iako nema direktni doprinos anksioznosti, može joj doprinjeti indirektno preko fiziološke pobuđenosti.
4. U modelu 4 je pretpostavljeno da su sve korelacije i regresije navedene u modelu 3 jednake u sve tri skupine različitih dijagnoza, čime se provjeravalo ima li razlike u pristajanju modela različitim skupinama. Takav model je imao zadovoljavajuće pristajanje podacima. Robusni  $\chi^2 = 63.960$ ,  $df = 47$ ,  $p = 0.050$ , CFI = .957, RMSEA = .062, RSMEA 90%CI [.010, .097], SRMR = .086 (tablica 24) te se nije značajno razlikovao od modela 2,  $\Delta\chi^2 = 40.541$ ,  $\Delta df = 32$ ,  $p = .143$ . Odnosno, pozitivni i negativni afekt te pozitivne i negativne kognicije jednako doprinose objašnjavanju depresivnosti, a negativni afekt, fiziološka pobuđenost i negativne kognicije jednako doprinose objašnjavanju anksioznosti i direktno i posredno kod svih sudionika bez obzira na njihovu dijagnozu.



### Slika 13

*Nestandardizirani koeficijenti povezanost kognicija, afektiviteta i fiziološke pobuđenosti s anksioznosti i depresivnosti. Podebljane vrijednosti označavaju parametre značajne s  $p < .01$*



Dakle, u svim skupinama različitih dijagnoza objašnjenju depresije značajno doprinose direktno pozitivni i negativni afekt (slika 13), a pozitivne i negativne kognicije samo indirektno preko pozitivnog odnosno negativnog afektiviteta (tablica 25). Objašnjenju anksioznosti značajno doprinose direktno negativni afekt, fiziološka pobuđenost i negativne kognicije (slika 13), a negativne kognicije imaju dodatno i značajni doprinos indirektno preko negativnog afekta i fiziološke pobuđenosti (tablica 25). Pozitivne kognicije također doprinose anksioznosti indirektno preko fiziološke pobuđenosti (tablica 25). Pored toga, pozitivne kognicije predviđaju pozitivni afektivitet i fiziološku pobuđenost, a negativne kognicije, zajedno s fiziološkom pobuđenošću, predviđaju negativni afektivitet (slika 13).

**Tablica 25***Indirektni i ukupni efekti kognicija na anksioznost i depresivnost*

<b>Indirektni efekti</b>			
Kriterij	Medijator - prediktor	a*b	P
CDI ~	PA - PK	-0.032	0.004
CDI ~	NA - NK	0.026	0
STAIC ~	NA - NK	0.024	0.006
STAIC ~	FP - NK	0.028	0
STAIC ~	FP - PK	0.031	0.002
<b>Ukupni efekti</b>			
Kriterij	Prediktor	c + $\sum$ a*b	P
CDI ~	PK	-0.062	0
CDI ~	NK	0.043	0
STAIC ~	NK	0.109	0

5. Osim što je ispitana invarijantnost između skupina različitih dijagnoza, provjereno je i jesu li povezanosti između pretpostavljenih prediktora, medijatora i kriterija jednaki kod dječaka i djevojčica. Kako bismo to ispitali prvo smo specificirali integrirani tripartitni i kognitivni model (model 5), isti kao model 2, no ovaj put na dvije skupine, dječacima i djevojčicama. Time smo htjeli dodatno provjeriti je li upitno pristajanje modela 2 djelomično objašnjivo podjelom u skupine po rodu. Međutim, ovaj model 5 u kojem smo pretpostavili sve iste veze kao u modelu 2 te pretpostavili da se one razlikuju između dvije skupine po rodu također nije pokazao dobro pristajanje podacima. Robusni  $\chi^2 = 47.912, df = 12, p < 0.001, CFI = .954, RMSEA = .148, RSMEA 90\% CI [.105, .193], SRMR = .071$  (tablica 20). To djelomično ide u prilog tome da pristajanje modela nije samo rezultat podjele po skupinama, već da je pretpostavljeni odnosi ne odgovaraju podacima.
6. S obzirom na loše pristajanje prethodnog modela, postavili smo novi model 6 koji je jednak modelu 5, osim što je dodano da fiziološku pobuđenost dodatno predviđaju pozitivne kognicije. Model 6 je dakle ekvivalentan modelu 3, ali je procijenjen na dvije skupine po rodu, pri čemu su sve povezanosti različite između grupa. Ovaj model pokazao je zadovoljavajuće pristajanje podacima, robusni  $\chi^2 = 22.684, df = 10, p < .001, CFI = .984, RMSEA = .097, RSMEA 90\% CI [.043, .150], SRMR = .060$ , te statistički bolje pristajanje nego model 5,  $\Delta\chi^2 = 26.887, \Delta df = 2, p < .001$ . Dakle, kao što su upućivale i prethodne analize, pored odnosa među varijablama pretpostavljenih

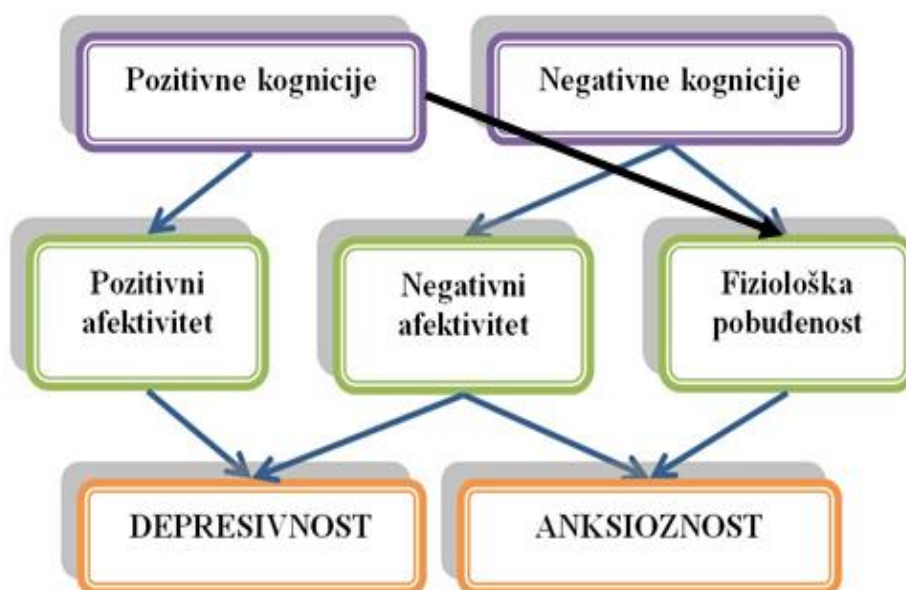
integriranim tripartitnim kognitivnim modelom, potrebno je pretpostaviti i da pozitivne kognicije doprinose objašnjavanju fiziološke pobuđenosti.

7. Jednom kad smo utvrdili model odnosa među varijablama koji odgovara podacima, u sljedećem modelu 7 je pretpostavljeno da su sve korelacije i regresije između dječaka i djevojčica jednake. Ovaj model 7 imao je dobro pristajanje podacima i nije se značajno razlikovao od prethodnog modela, robusni  $\chi^2 = 40.206, df = 26, p = .037$ , CFI = .982, RMSEA = .063, RSMEA 90% CI [.016, .100], SRMR = .079,  $\Delta\chi^2 = 17.387, \Delta df = 16, p = .361$ . Na temelju toga možemo zaključiti da su odnosi među varijablama jednaki i kod djevojčica i kod dječaka.

Zaključno, rezultati analize traga pokazali su dobro pristajanje modela, kada mu se doda veza da je fiziološka pobuđenost predviđena na temelju pozitivnih kognicija. Nisu dobivene razlike u pristajanju modela niti s obzirom na skupinu (anksiozni, depresivni, usporedna) niti s obzirom na rod. Potvrđena je hipoteza prema kojoj je povezanost pozitivnih kognicija i depresivnosti djelomično posredovana pozitivnim afektivitetom, povezanost negativnih kognicija s depresivnošću negativnim afektivitetom, a povezanost negativnih kognicija s anksioznošću negativnim afektivitetom i fiziološkom pobuđenošću (slika 14).

#### Slika 14

*Potvrđeni odnos ispitivanih varijabli.*



## **5. RASPRAVA**

Izdvojiti ćemo i komentirati najvažnije nalaze provedenog istraživanja. Prikazat ćemo ih po poglavljima redosljedom kao u uvodu rada: anksioznost i depresivnost kod djece, tripartitni model, kognitivni model i integracija tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u ranoj adolescenciji.

### **5.1 RAZLIKE U ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI U USPOREDNOJ I KLINIČKOJ SKUPINI**

Prvo ćemo iznijeti razlike između djece u usporednoj i kliničkoj skupini na svim odmjerenim varijablama, a zatim ćemo navesti rodne razlike te potom objasniti dobivene rezultate.

Djeca iz usporedne skupine razlikuju se od djece iz kliničke skupine po svim varijablama pa možemo reći da dimenzije tripartitnog modela, kao i pozitivne i negativne kognicije uspješno razlikuju djecu koja su psihički zdrava od djece koja imaju razvijen anksiozni ili depresivni poremećaj. Unutar kliničke skupine, anksiozna djeca razlikuju se od depresivne u svim varijablama, osim u fiziološkoj pobuđenosti. Razlike su u smjeru da je teže djeci koja su depresivna. Ona imaju više negativnih kognicija i negativnog afekta, kao i manje pozitivnih kognicija i pozitivnog afekta.

Unutar kliničke skupine dobivene su razlike između anksiozne i depresivne djece u svim varijablama osim fiziološke pobuđenosti. Depresivna djeca imaju statistički značajno više negativnog afekta i negativnih kognicija u usporedbi s anksioznom djecom. Anksiozna djeca imaju više pozitivnog afekta i pozitivnih kognicija u usporedbi s depresivnom djecom. Anksiozna i depresivna djeca ne razlikuju se po izraženosti fiziološke pobuđenosti. Kod anksiozne djece je više izražena fiziološka pobuđenost, no razlika nije statistički značajna, možda da je uzorak veći dobili bi značajno više fizioloških simptoma kod anksiozne djece.

Od rodne razlike u usporednoj skupini dobili smo da su djevojčice anksioznije od dječaka i imaju više izražene negativne kognicije. Kod djece kod kojih je prisutan poremećaj, djevojčice su anksioznije od dječaka i imaju više izražene negativne kognicije i manje pozitivnih kognicija. Detaljnijim uvidom u razlike u sadržaju misli između djevojčica i dječaka, pokazalo se da su negativne misli, kojih djevojčice imaju više, po sadržaju anksiozne misli, što je u skladu s nalazom da su djevojčice anksioznije od dječaka.

U istraživanjima kod djece dobiva se češća izraženost anksioznosti kod djevojčica (Beidel i Turner, 2007). Anksiozni poremećaji češći su kod djevojčica nakon šeste godine, a omjer između djevojčica i dječaka iznosi 2 naprema 1. Izuzetak je jedino opsesivno kompulzivni poremećaj koji je učestaliji kod dječaka (Boričević Maršanić, 2013). Kod mlađe djece najčešće se javlja separacijski anksiozni poremećaj, dok su kod adolescenata česti panični poremećaj i socijalna fobija. Specifična fobija, generalizirani anksiozni poremećaj i opsesivno kompulzivni poremećaj javljaju se s podjednakom učestalošću tijekom djetinjstva i adolescencije (Boričević Maršanić, 2013).

I u našem istraživanju pokazalo se da su djevojčice anksioznije od dječaka i imaju više negativnih kognicija od dječaka u obje skupine, a u kliničkoj skupini imaju i manje pozitivnih kognicija od dječaka. Zadržat ćemo se ovdje na razlikama u anksioznosti, a razlike u kognicijama objasniti ćemo u dijelu u kojem ćemo se više posvetiti kognitivnom modelu.

Veća učestalost anksioznosti kod djevojčica može se objasniti socijalizacijskim i evolucijskim utjecajima. S evolucijskog stajališta, funkcija rodnih razlika je osigurati produženje vrste, što uključuje reprodukciju i zaštitu potomaka (Wood i Eagly, 2002). Muškarci su dominantni, veći su i jači od žena i to im daje prednost u reproduktivnom smislu jer mogu osigurati bolje resurse za svoje potomstvo, a time i postati privlačniji partneri za potomstvo. Žene pak trebaju naći partnera s dovoljno resursa koje je spreman dati i osigurati potomcima, a zatim žene trebaju skrbiti o potomcima. Bilo zbog evolucije ili zbog očekivanja društva, roditelji nastoje odgojiti djecu u skladu s njihovom rodnom ulogom. Socijalizacijom se izgrađuju osobine koje kasnije možemo povezati s anksioznošću. Chambles i Mason (1986) pokazali su u svom istraživanju da je više niska maskulinitet, koju karakterizira nedostatak asertivnosti i proaktivnosti sa sklonošću izbjegavanjem i anksioznosti, nego visoka femininitet, koju karakterizira blagost i brižnost, povezana s anksioznošću. Možemo zaključiti da maskuline osobine, neovisnost, zauzimanje za sebe i odvažnost štite od anksioznosti. Nažalost kod djevojčica se rijetko potiču takva ponašanja, a djevojčice koje imaju maskuline osobine doživljavaju se kao dominantne, sklone šefovanju i agresivne, drugim riječima procjenjuju ih se socijalno neprikladnima (Eisenberg i sur., 1996).

Pubertet pokreće niz neuralnih i socijalnih promjena koje pojedinačno i zajedno utječu na adolescentsku sklonost internaliziranim poremećajima, osobito kod djevojčica (Pfeifer i Allen, 2021). Nastupanjem puberteta dolazi do porasta spolnih hormona, koji imaju važne organizacijske i aktivacijske utjecaje na živčani sustav (Sisk i Zehr 2005). Spolni hormoni rastu (prvenstveno estrogen i progesteron kod žena i testosteron kod muškaraca, iako se sva tri povećavaju kod oba spola) i proizvode promjene u tijelima i mozgu adolescenata.

Receptori za ove hormone nalaze se u cijelom mozgu, osobito u frontalnom korteksu (Pfeifer i Allen, 2021). Spolno specifični utjecaji testosterona i estrogena uočeni su u amigdalama i hipokampusu (Neufang i sur. 2009).

Najvažnija struktura u reguliranju emocija jest amigdala koja se nalazi u dubini moždanih hemisfera i dio je limbičkog sustava, ali pokazuje složenu interakciju sa svim asocijativnim područjima kore velikoga mozga. Prije potpune maturacije asocijativnih područja neće doći do dobre regulacije emocija i prikladnog usmjerivanja nagonskog ponašanja (Petanjek i sur., 2021).

Slikovni prikazi mozga kod afektivnih poremećaja upućuju na disfunkciju amigdala u smislu povećane aktivnosti, promijenjeno funkcioniranje kortikalnih krugova amigdala-prefrontalni korteks, pojačanu reaktivnost amigdale ili veću povezanost amigdala-prefrontalnog korteksa tijekom regulacije u adolescenata s depresijom (Young i sur., 2019, Begovac i Majić, 2021). U nekim istraživanjima pokazalo se da se kod depresivne djece nalazi atrofija frontalnog korteksa. Osim toga, susreće se i hipometabolizam kod depresije u frontalnim i temporalnim regijama mozga. San je karakteriziran skraćenim cirkadijurnim razdobljima, a skraćena je i REM- latencija (Kölch i sur. 2009).

Djevojčice se kroz proces socijalizacije potiče da budu empatične i spremne pomoći, a dječake da se više zauzimaju za sebe i da budu samostalni (Eisenberg i sur., 1996). U situacijama koje ih plaše, dječake se potiče da se suoče sa na primjer strahom od pauka, ose, psa, a djevojčicama se „pomaže“ da izbjegnu ustrašne situacije i upravo to izbjegavanje jača strahove i čini ih pasivnima i ovisnijima o drugima. S druge strane, dječake se potiče na suočavanje s onim čega se plaše, jer će im se u protivnom rugati pa oni tako suočavanjem pobjeđuju svoje strahove i rješavaju sami svoje probleme. Zanimljiv je podatak da, iako je kod djevojčica prihvatljiva sramežljivost i anksioznost, neka istraživanja nisu dobila razlike u učestalosti djevojčica i dječaka u javljanju po pomoć. Razlog tome istraživači nalaze u tome što kada se kod dječaka razvije anksiozni poremećaj roditelji potraže pomoć, dok se kod djevojčica strahovi i anksioznost puno duže toleriraju, smatrajući ih očekivanima i prihvatljivima (Last i sur., 1992). Zbog toga se anksiozni poremećaj kod djevojčica mora razviti do mjere da im značajnije ometa funkcioniranje, kako bi roditelji potražili pomoć i osigurali djetetu potrebnu terapiju (Friedberg i McClure, 2002).

Još jedno objašnjenje veće učestalosti anksioznosti kod djevojčica je i razlika u iskustvu simptoma anksioznosti tijekom odrastanja. Naime, djevojčice koje imaju simptome anksioznosti na tjelesnoj razini (lupanje srca ili vrtoglavica), u usporedbi s dječacima koji imaju takve simptome, dobivaju značajno više negativnog potkrepljenja jer ih se zbog tih

simptoma oslobodi dužnosti koje im nisu ugodne što jača učestalost javljanja simptoma, a tome doprinosi i pozitivno potkrepljenje u vidu brige i dodatne pažnje roditelja koje dobiju jer se ne osjećaju dobro. S druge strane, dječaci odmalena uče da je za njih manje prihvatljivo da se žale na simptome anksioznosti i uopće da ih javno priznaju (Stewart, 1999).

U objašnjavanju rodnih razlika u anksioznosti, važno se dotaknuti i razlika između djevojčica i dječaka u stilu suočavanja sa stresnim situacijama. Djevojčice se više oslanjaju na podršku obitelji i vršnjaka te su više sklone ruminiranju, u uspoređi s dječacima (Nolen-Hoeksema i sur. 1992) Ruminiranje možemo opisati kao usmjeravanje na sebe i neugodne osjećaje u i o sebi. Za ruminiranje se smatra da je najviše odgovorno za razvoj depresivnosti koja je izraženija kod djevojčica, osobito u periodu adolescencije dok su dječaci u stresu više skloni distrakcijama poput gledanja televizije ili, češće igranja igrice, umjesto da razmišljaju o stresnom događaju. Zbog sklonosti ruminacijama, depresivne epizode kod djevojčica traju duže. Više o ruminacijama bit će u dijelu rasprave vezanom za kognitivni i integrirani model.

Dječaci češće uz distrakcije i potiskivanje iskazuju emocionalnu reaktivnost koja se manifestira u vidu agresivnih reakcija. Sklonost djevojčica ruminacijama mogla bi biti u osnovi veće izraženosti negativnih kognicija koje smo dobili u istraživanju, a mogla bi upućivati i na početak razvoja depresivnih simptoma koji će biti više prisutni kod djevojčica nego kod dječaka.

Kao i kod nas, i u istraživanju Vulić - Prtorić (2002) kod djece u dobi od 5. do 8. razreda, također je dobivena rodna razlika u pogledu anksioznosti koja je bila više izražena kod djevojčica. Razlike možemo objasniti tjelesnim i psihološkim promjenama koje se dešavaju u razdoblju puberteta. Dječaci u pubertetu postaju snažniji i veći što se pozitivno odražava na njihovu sliku o sebi, djevojčice pak postaju nezadovoljne svojim izgledom, postaju nesigurnije u sebe i svoje sposobnosti (Vulić-Prtorić, 2002). Obzirom da su djevojčice u ovoj dobi, viših razreda, savjesnije od dječaka, dijelom anksioznost možemo pripisati pojačanom akademskom pritisku u vidu prelaska s razredne na predmetnu nastavu, a samim time i povećanjem zahtjevnosti školskog programa, prelasku na predmetnu nastavu, novim nastavnim predmetima, ali i većem broju nastavnika za koje je djevojkama važno da ih prihvate, a uz sve to i da ne razočaraju roditelje školskim neuspjehom. Obzirom da su djevojčice socijalno orijentirane, više su ovisne o socijalnim odnosima te osjetljivije na gubitke i neodobravanje (Vulić - Prtorić, 2004). Weems i Costa (2005) razliku u izraženosti anksioznosti kod djevojčica i dječaka u višim razredima osnovne škole nalaze u strahovima vezanim za školu, prvenstveno od socijalne evaluacije (bilo kao osramoćivanje ili kao neuspjeh) zbog čega je u kliničkom uzorku od anksioznih poremećaja česta socijalna fobija.

U našem istraživanju nisu se pokazale razlike između dječaka i djevojčica u depresivnosti, niti u izraženosti negativnog niti pozitivnog afekta. Longitudinalno istraživanje pokazalo je da nema razlike u depresivnosti do 8. razreda, a nakon toga dolazi do veće učestalosti depresije kod djevojčica (Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994, Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Pokazalo se i da su simptomi depresije kod djevojčica stabilni do 12-e godine, a nakon toga dolazi do povećanja broja simptoma i u 12-oj godini se on iznimno naglo povećava (Twenge i Nolen-Hoeksema, 2002). Zbog toga se može dogoditi da u ranoj adolescenciji dječaci imaju više simptoma depresivnosti, no na prijelazu u adolescenciju dolazi do obrata na način da je depresija znatno češća kod djevojčica (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001).

Važno je istaknuti neke specifičnosti kliničke slike depresije kod djece. Klasična klinička slika depresije prepoznatljiva je po simptomima koji su slični kao kod odraslih: beznadnost, gubitak energije, gubitak apetita, nesаница, žalostan izgled, usamljenost, nedostatak zadovoljstva, strahovi, nisko samopoštovanje i drugi. Simptomi se mijenjaju s dobi pa se tako pokazalo da se anhedonija, dnevne promjene raspoloženja, motorička usporenost i deluzije povećavaju s dobi, dok se depresivni izgled, nisko samopoštovanje i tjelesne pritužbe smanjuju s dobi (Boričević Maršanić i sur., 2016). Simptomi depresije variraju s obzirom na dob što upućuje na važnost maturacijskih procesa koji definiraju kliničku sliku depresije pa postoji dominirajuća simptomatologija karakteristična za svaki period tijekom odrastanja (Shafii 1992, Goodyer 1996; Nolen-Hoeksema i Girus 1994; Sadler 1991). Naše istraživanje provodi se na djeci u ranoj adolescencije pa ćemo i ovdje istaknuti neke specifičnosti u kliničkoj slici depresije u toj dobi. Vodeći simptomi mogu biti osjećaj srama i bespomoćnosti i nisko samopoštovanje, a česta je i ljutnja. Kod velikog broja djece javljaju se i simptomi na tjelesnom planu u vidu glavobolja, bolova u truhu ili pak promjene u apetitu i spavanju te plačljivost, tuga i usporenost ili pak psihomotorni nemir i teškoće s koncentracijom (Vulić-Prtorić, 2004).

Za depresiju kod djece karakterističan je veći stupanj pritužbi na tjelesne simptome u usporedbi s depresijom kod odraslih (Chorpita i Daleiden, 2002; Chorpita i sur. 2000; Jacques i Mash, 2004). Klinička slika depresije kod koje dominiraju somatski simptomi najčešće uključuje sljedeće: bolovi u truhu ili raznim dijelovima tijela, glavobolje, astma, tahikardija, konverzivne reakcije, smetnje spavanja, promjene u apetitu, manjak energije i umor (Vulić-Prtorić, 2004). Zbog toga je za smanjenje tjelesnih simptoma, od velike važnosti, uz standardne terapijske tehnike poput psiho-edukacije, kognitivnog restrukturiranja, uvježbavanja socijalnih vještina i izlaganja, raditi i na tehnikama opuštanja ili mindfulnessa (Asbrand, 2022).



Naši nalazi u skladu su s drugim istraživanjima. Mišćević (2007) je u svom istraživanju dobila rodne razlike u simptomatologiju depresivnosti, iako, kao ni mi, nije dobila razlike u ukupnoj izraženosti depresivnosti. Obzirom da je istraživanje provedeno također u Hrvatskoj, istim upitnikom (CDI) i na djeci slične dobi, kao u našem uzorku (5. do 8. razreda), možemo usporediti nalaze. Tuga, plač, beznadnost i suicidalne misli karakteristične su za djevojčice, dok su kod dječaka više prisutni simptomi vezani za poteškoće s ponašanjem i česte konflikte s okolinom. Također je dobila podatak da djevojčice češće pokazuju simptome uznemirenosti i tjelesnih simptoma. Autori (Sadler, 1991; Baron, 1993) upućuju na brojne, rodne razlike u manifestiranju depresije. Kod djevojčica su češće prisutni plačljivost, tužno raspoloženje, osjećaja praznine, dosade, ljutnje i anksioznosti. Djevojčice su obično više zabrinute vršnjačkim odnosima, nisu zadovoljne svojim izgledom i nižeg su samopoštovanja u usporedbi s dječacima, koji češće mogu ispoljavati simptome poremećaja ponašanja poput sklonosti oponiranju, nepohađanja nastave, bježanja od kuće, zlorabe sredstava ovisnosti, nasilja i drugih oblika kršenja zakona.

Još jedno objašnjenje zbog čega nismo dobili rodne razlike u depresivnosti može biti što nismo u uzorak uzeli djecu s komorbidnošću anksioznosti i depresije koja vjerojatno imaju najteže kliničke slike pa bi se možda dobila i veća izraženost depresije kod djevojčica u usporedbi s dječacima. Istraživanje samo na anksioznoj i depresivnoj djeci, bez komorbidnih kliničkih slika, proveli su i Hollander-Gijsman i sur., (2010) kako bi ispitali diskriminativnu valjanost modela i primijenjenih skala. Hollander-Gijsman i suradnici (2010) nisu dobili razliku na faktoru fiziološke pobuđenosti između djece sa i bez anksioznog poremećaja, kao niti razliku između djece koja imaju anksiozni ili depresivni poremećaj što je nalaz i u našem istraživanju unutar kliničke skupine. Kada smo usporedili anksioznu i depresivnu djecu koja se nisu značajno razlikovala po faktoru fiziološke pobuđenosti, dok su na svim drugim faktorima dobivene razlike između ove dvije skupine. Kod djece je anksioznost jako vezana za fiziološku pobuđenost, kao u našem istraživanju pa ne diferencira tako dobro pojedine dijagnoze iz anksioznog kruga, kao na primjer generalizirani anksiozni poremećaj za kojeg je više specifična komponenta negativnog afekta i odsustva pozitivnog afekta, nego fiziološka pobuđenost (Hollander-Gijsman i sur., 2010).

Komorbiditet je češći kod anksioznosti i depresije i zato je teško bilo naći samo depresivne sudionike. Komorbidnost anksioznosti kod mladih koji već imaju depresivni poremećaj češća je nego komorbidnost depresije kod mladih koji imaju primarno anksiozni poremećaj (Merikangas i Aveneloni, 2002).

Svi sudionici istraživanja u kliničkoj skupini bili su ili prva obrada psihologa ili

psihijatra ili su tek uključeni u psihoterapiju. Ciljana dob u našem istraživanju bila je poprilično „nezahvalna“ za pronalazak sudionika koji imaju samo depresivne smetnje. Naime, kao što smo ranije naveli, čista depresija dosta je rijetka prije puberteta i znatno češće se sreće kod adolescenata u dobi 16, 17 godina nego kod 12 godišnjaka. U toj dobi depresija je često specifična po svojoj manifestaciji. Depresija u ranoj adolescenciji uz ranije opisane tjelesne simptome, može se javiti uz simptome problema u ponašanju te dolazi do komorbiditeta tih dvaju poremećaja. U praksi, čista depresija u ranoj adolescenciji često dolazi kao komplicirano tugovanje, posljedica zlostavljanja bilo u obitelji ili u vidu bullyinga, a česta je i depresivna podloga ili pozadina poremećaja u ponašanju. Kod djevojčica koje imaju čistu depresiju, često je dodatni simptom bio i samoozljeđivanje.

Anksiozna djeca u našem uzorku u dobi su od 12 godina, premda gotovo svi imaju dijagnozu Emocionalnog poremećaja s početkom u djetinjstvu, prema simptomatologiji najčešće imaju socijalnu i separacijsku anksioznost, često u formi školske fobije, a dio djece uzetih u uzorak sklon je zabrinjavanju što bi odgovaralo generaliziranom anksioznom poremećaju. Kriterij za uključivanje u skupinu u smislu procjene intenziteta anksioznosti, bio je da im je značajno otežano funkcioniranje te da su se po pomoć javili upravo zbog tog problema. Prevedeno u brojke, obzirom da u uzorak nisu uzimana djeca koja su imala komorbidnost anksioznosti i depresije, a kojih je bilo jako puno, za odabir i testiranje djece u klinički uzorak bilo je potrebno oko godinu i pol dana. Okvirno, svako osmo do deseto dijete koje je došlo na obradu udovoljavalo je tražene kriterije. Drugim riječima, oko 1000 djece je obrađeno, da bi se skupio uzorak od 110 sudionika u kliničkoj skupini. Obzirom da je škola veliki izvor stresa za djecu, a tako i za intenziviranje anksioznih, a često i depresivnih simptoma, preko ljetnih i zimskih praznika znatno rjeđe se po pomoć javljaju djeca s internaliziranim poteškoćama ili se pak znalo dogoditi da djeca koja imaju jaku separacijsku i socijalnu anksioznost, u periodu kada nema nastave, nemaju izražene simptome. Zbog toga na korištenim skalama nisu ni zabilježene karakteristične manifestacije simptoma - negativni afektivitet, odsutnost pozitivnog afektiviteta, simptomi pobuđenosti, jer skale traže da se procijeni doživljavanje u posljednja dva tjedna. Isto tako, neka djeca ne pohađaju školu zbog intenzivnih strahova i zbog toga dolaze na obradu i uključivanje u terapiju pa se kod njih nije pokazala izraženost negativnog afektiviteta niti simptoma fiziološke pobuđenosti, premda bismo ih očekivali da dijete ne izbjegava ustrašne situacije. Bilo je i slučajeva da djeca u kliničkoj skupini koja ispune upitnik kao da uopće nemaju poteškoća, a imaju tešku kliničku sliku poremećaja (npr. selektivni mutizam). Razlog tome može bit svjesno ili nesvjesno nepriznavanje i s tim povezan manjak uvida ili zbog straha da će ga se zadržati u bolnici.

Iako smo mi u našem istraživanju pazili na to da djeca imaju simptome anksioznosti i depresije izražene do klinički značajne razine, odnosno da to potvrđuje i psihijatar s dijagnozom, važno je istaknuti da i subklinička depresija ili anksioznost značajno remete svakodnevno funkcioniranje djece. Istraživanje na djevojkama u dobi od 11 do 16 godina pokazalo je da su kod njih 20,7% prisutni značajni simptomi depresije, no nedovoljni za dijagnostički kriterij. Kada su i zadovoljeni dijagnostički kriteriji čak oko 50% djece i adolescenata s dijagnozom velikog depresivnog poremećaja prethodno je imalo velik broj ometajućih simptoma (Cooper i Goodyer, 1993) što govori o važnosti ranog prepoznavanja simptoma poremećaja i ranih intervencija.

Sada ćemo prikazati i objasniti rezultate dobivene provjerenim modelima u našem radu, prvo za tripartitni model, zatim za kognitivni i na kraju za integraciju tripartitnog i kognitivnog modela koju predlažemo.

## **5.2 DIMENZIJE TRIPARTITNOG MODELA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI**

Nalazi našeg istraživanja potvrđuju hipotezu da je negativan afektivitet statistički značajni prediktor i za anksioznost i za depresivnost u usporednoj skupini, no u kliničkoj je specifičan za depresivnost. Odsutnost pozitivnog afektiviteta u obje je skupine statistički značajni prediktor za depresivnost, ali ne i za anksioznost. Fiziološka pobuđenost u obje je skupine statistički značajan prediktor za anksioznost, ali ne i za depresivnost.

Prema dobivenim rezultatima, možemo reći da model bolje „pristaje“ usporednoj skupini gdje su sve veze dimenzija tripartitnog modela u skladu s predviđanjem. Kod usporedne skupine negativan afektivitet je statistički značajni prediktor i za anksioznost i za depresivnost, odsutnost pozitivnog afektiviteta je statistički značajni prediktor za depresivnost, ali ne i za anksioznost te je fiziološka pobuđenost statistički značajan prediktor za anksioznost, ali ne i za depresivnost.

Kod kliničke skupine negativan afektivitet nije statistički značajni prediktor za anksioznost, već je u objašnjavanju anksioznosti najvažniji faktor fiziološka pobuđenost. Za depresivnost su značajni faktori negativni afektivitet i odsutnost pozitivnog afektiviteta koji su se oba pokazali kao specifični prediktori za depresivnost. Time je tripartitni model samo djelomično potvrđen kod kliničke skupine

Specifično obzirom na skupinu u našem se istraživanju pokazalo da u kliničkoj skupini anksioznost i depresivnost nisu povezane što proizlazi iz kriterija za odabir sudionika. U kliničkoj skupini je pozitivni afekt značajno povezan s anksioznosti, dok u usporednoj nije.

Dimenzije tripartitnog modela nezavisne su kod zdravih, a kod djece kod kojih je prisutan poremećaj su povezane. Povezanosti fiziološke pobuđenosti i s negativnim i s pozitivnim afektivitetom kod obje skupine može ukazivati na preklapanje ovih triju dimenzija.

Specifično obzirom na rod u našem se istraživanju pokazalo da je kod dječaka anksioznost značajno povezana s negativnim afektivitetom, dok kod djevojčica nije. Kod djevojčica je odsutnost pozitivnog afektiviteta povezana s negativnim afektivitetom, dok kod dječaka nema značajne povezanosti u tim varijablama što govori o većoj nezavisnosti tih dimenzija kod dječaka. Kod dječaka su fiziološki simptomi povezani s pozitivnim kognicijama i s pozitivnim afektivitetom, dok su kod djevojčica fiziološki simptomi povezani s negativnim kognicijama. Razlog tome može biti u interpretaciji fiziološkog uzbuđenja, na način da simptome fiziološke pobuđenosti dječaci više tumače kao uzbuđenje, a djevojčice kao anksioznost. Složeni odnosi između fiziološkog uzbuđenja, kognicija i afekta bit će detaljnije komentirani u dijelu vezanom za integraciju tripartitnog i kognitivnog modela.

Primjenjivost dimenzija tripartitnog modela na djecu potvrđena je i u istraživanjima na školskoj populaciji djece i na kliničkim skupinama (Chorpita i Daleiden, 2002, Jacques i Mash, 2004). Istraživanje Colea i sur., (1997) te Laurenta i Ettelzona (2001) pokazalo je da tripartitni model bolje pristaje odraslima i adolescentima, nego mlađoj djeci. Na tu je važnost istraživanja razlika u tripartitnom modelu s obzirom na dob sudionika ukazao i Chorpita (2002) dobivši različite međuodnose dimenzija tripartitnog modela kada ga je ispitivao na djeci u dobi od 9 do 17 godina. U istom istraživanju dobio je i rodne razlike – djevojčice su imale više negativnog afektiviteta nego dječaci, dok na dimenziji pozitivnog afektiviteta rodne razlike nisu dobivene. Da djevojke imaju više negativnog afektiviteta nego dječaci kao i više simptoma fiziološke pobuđenosti dobili su i De Bolle, Decuyper, De Clercq i De Fruyt (2010). Lonigan, Careya i Fincha (1994) proveli su istraživanje na kliničkom uzorku djece i dobili da je negativni afektivitet zajednički faktor i anksioznosti i depresivnosti te da je pozitivni afektivitet jedini faktor koji može razlikovati ova dva stanja. Lonigan je sa suradnicima (2003) proveo istraživanje i na ne-kliničkom uzorku djece podijeljenih u dvije skupine s obzirom na dob, mlađe u dobi od 10 godina i starije u dobi od 14 godina. Pokazala se očekivana povezanost negativnog i pozitivnog afektiviteta s anksioznošću i depresivnošću, no kod mlađe djece ta je povezanost bila znatno slabija.

Jovanović i sur., (2021), testirali su mogućnosti razlikovanja adolescenata s anksioznosti, depresijom i stresom pomoću Skale depresije, anksioznosti i stresa (eng. *Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21*). Rezultati su išli u prilog hijerarhijskoj tripartitnoj strukturi negativnog afekta koji se pokazao kao solidan teorijski model ne samo za odrasle nego i za adolescente. Pokazalo se da negativni afekt objašnjava gotovo cijelu varijancu zajedničku anksioznosti i depresiji među mladima. Faktor specifičan za depresiju bio je povezan i s negativnim afektom i s pozitivnim afektom, ali je povezanost bila veća s pozitivnim afektom nego s negativnim afektom. Ti se nalazi poklapaju s pretpostavkom tripartitnog modela da odsutnost pozitivnog afekta predstavlja specifičan faktor za depresiju (Jovanović i sur., 2021). Simptomi fiziološke pobuđenosti pokazali su najveću specifičnost, dok su simptomi anksioznosti koji odražavaju negativni afekt bili zajednički faktor anksioznosti, depresije i stresa (Jovanović i sur., 2021). U pogledu dobnih i rodni razlika, dobili su da su djevojčice prijavile višu razinu općeg distresa, depresije i anksioznosti od dječaka, a također i da su stariji adolescenti prijavili višu razinu općeg distresa od mlađih adolescenata (Jovanović i sur., 2021).

U skladu s tripartitnim modelom su i rezultati istraživanja Penate i sur., (2020) u kojem se pokazalo da odsutnost pozitivnog afekta predviđa depresivnost dok je negativan afekt povezan s anksioznošću.

U našem istraživanju tripartitnog modela u kliničkoj skupini pokazalo se da je samo fiziološka pobuđenost povezana s anksioznošću, ali ne i negativni afektivitet. Takve rezultate dobili su i Jacques i Mash (2004), strukturalnim linearnim modeliranjem pri čemu put od negativnog afekta do anksioznosti nije bio značajan, nego je bio značajan samo put od fiziološke pobuđenosti do anksioznosti, na osnovu čega su autori zaključili da fiziološka pobuđenost ima važniju ulogu u objašnjavanju anksioznosti kod djece. Negativni afektivitet i odsutnost pozitivnog afektiviteta bili su, jednako kao i u našem kliničkom uzorku, vezani samo za depresivnost. U istraživanju Chorpita i suradnika (2000) dobiveno je da negativni afektivitet nije bio povezan sa socijalnom ni separacijskom anksioznošću, kao i u našem istraživanju.

Mi smo u radu koristili iste skale kao i mnogi drugi istraživači (Kiernan, Laurent i sur. 2001) koji su dobili da se čestice skala PH-PANAS-C grupiraju u tri faktora – fiziološka pobuđenost, negativni i pozitivni afekt, kao što je i očekivano. Korelacije među faktorima također su dobivene u skladu s modelom. Korelacije među faktorima bile su umjerene, kao i u našem istraživanju, što govori u prilog tome da skale mjere različite konstrukte.

Rezultati istraživanja Chorpita (2002) u skladu su s našim nalazima. On je istraživanje

proveo na uzorku djece školske dobi, kao naš usporedni uzorak, i dobio je ortogonalnost faktora pozitivnog i negativnog afektiviteta, kao i mi, te negativnu povezanost pozitivnog afekta s depresijom, a pozitivnu povezanost negativnog afekta i s depresijom i s anksioznošću. Za dimenziju fiziološke pobuđenosti dobio je značajnu povezanost jedino u slučaju paničnog poremećaja, na osnovu čega je pretpostavio da su negativni i pozitivni afekt stabilni u vremenu jer su vezani za temperament, a da je fiziološka pobuđenost prolazna u emocionalnom doživljavanju. Osim toga, treba uzeti u obzir i da se radi o djeci te da je kod njih zabrinjavanje više karakterizirano pobuđenošću autonomnog živčanog sustava, što u praksi često srećemo kada djeca opisuju stanja zabrinutosti kao „osjećaj mi je kao da me jako strah, sve se u meni trese, a ja ne znam zašto“, iako istovremeno dijete ima niz briga vezanih za polazak u školu koje se boji, ali ne povezuje zabrinjavanje sa fiziološkim simptomima. De Bolle i sur. (2010) dobili su da odnos dimenzija tripartitnog modela kod djece ovisi o rodu i izraženosti psihopatologije. Kod nas nisu dobivene razlike između dječaka i djevojčica u pristajanju modela.

Komorbidnost anksioznosti i depresije povezana je s visokom izraženošću negativnog afekta i fiziološke pobuđenosti. Zbog povišenja na skalu fiziološke pobuđenosti kod anksiozne i depresivne djece dolazi do toga da dimenzija fiziološke pobuđenosti ne bude specifična za anksioznost, nego bude zajednički faktor i depresiji i anksioznosti. U našoj kliničkoj skupini imali smo čiste poremećaje, a u usporednoj djecu koja nemaju značajne simptome poremećaja i zbog toga smo dobili fiziološku pobuđenost kao specifičan faktor vezan za anksioznost. Tu specifičnost veze komorbidnosti anksioznosti i depresije s faktorom fiziološke pobuđenosti ustanovili su Joiner i Blalock (1995) koji su u svom istraživanju imali četiri skupine djece: samo depresivnu djecu, samo anksioznu djecu, anksiozno-depresivnu djecu i djecu bez simptoma. Još jedan nalaz tog istraživanja koji je u skladu s našim rezultatima jest i podjednaka izraženost depresije kod dječaka i djevojčica. On ističe kako se jasno vidi da nema rodnih razlika u poremećajima raspoloženja, ako nije prisutna komorbidna dijagnoza anksioznosti. Nasuprot tome, nađena je razlika u omjeru 2:1 za djevojake u odnosu na mladiće kod djece koja imaju komorbidnost poremećaja raspoloženja i anksioznog poremećaja (Joiner i Blalock, 1995). U drugom istraživanju, na istoj podjeli sudionika u četiri skupine dobiveno je tri puta više djevojaka u anksiozno-depresivnoj skupini, dok u ostale tri skupine nije bilo rodnih razlika.

Negativni afektivitet definiran kao sklonost doživljavanju raznih neugodnih emocija poput straha, tuge, krivnje, ljutnje i sl. u raznim situacijama, čak i kada stresor nije prisutan (Watson i sur., 1995a) u našem se istraživanju pokazao jednako izraženim i kod dječaka i kod

djevojčica. Razlog tome može biti što nismo imali skupinu djece a komorbidnim anksiozno-depresivnim simptomima. Takvi naši nalazi su u skladu s istraživanjem Joinera i Blalocka (1995) kod kojeg je dobiven najviše izražen negativni afekt upravo u grupi anksiozno-depresivne djece što objašnjava zašto kod nas nije bilo razlike u toj dimenziji budući da u konačni uzorak nisu uključena djeca s komorbidnim anksiozno-depresivnim simptomima. U istraživanju Zečević (2011) nisu izdvojena djeca s anksiozni-depresivnim simptomima pa je i dobiven viši negativni afekt kod djevojaka, a i vezanost dimenzije fiziološke pobuđenosti i za anksioznost i za depresiju.

Haraden i sur., (2019) istraživali su povezanost kronotipa s internaliziranim simptomima i dobili da je preferiranje aktivnosti navečer povezano s depresijom. Pozitivni afekt bio je povezan na način da su niže razine pozitivnog afekta bile povezane s preferiranjem večernjih aktivnosti, što je u skladu s tripartitnim modelom. S druge strane, visoke razine separacijske anksioznosti bile su povezane s većom preferencijom jutra (Haraden i sur., 2019).

Nakon svih iznesenih nalaza i objašnjenja, možemo zaključiti da su istraživanja rodnih razlika u varijablama tripartitnog modela polučila nekonzistentne rezultate te da je potrebno i dalje provoditi istraživanja u ovom području uzimajući u obzir i izraženost psihopatologije, ali i razlike u dobi.

Dimenzije tripartitnog modela i unutar poremećaja različito međusobno koreliraju. Dobar primjer za to je socijalna anksioznost. U kliničkoj slici socijalne fobije može biti prisutan ili strah od socijalnih interakcija ili strah od javnog nastupa. Odsutnost pozitivnog afekta vezan je više za strah od socijalnih interakcija, dok je strah od javnog nastupa više povezan s fiziološkim simptomima (Hughes i sur., 2006). Do smanjenog pozitivnog afekta kod osoba koje imaju anksioznost u socijalnim situacijama dolazi jer izbjegavanjem druženja s drugima ne dobivaju podršku i razumijevanje drugih, kao niti ugodne aktivnosti koje bi im povećale pozitivan afekt, dok se osobe koje imaju strah od javnog nastupa druže s prijateljima i zbog toga njihova anksioznost nije povezana s faktorom pozitivnog afekta već se kod njih anksioznost manifestirana u vidu tjelesnih senzacija javi i preplavi ih samo u situacijama nastupa, kada su u centru pažnje pa je fiziološka pobuđenost faktor koji razlikuje ovu podvrstu socijalne anksioznosti od depresije.

Neki autori ističu važnost specifične vezanosti faceta ili pojedinih simptoma pozitivnog i negativnog afekta s određenim poremećajem (Stanton i Watson, 2014). Na primjer, tuga i krivnja vezane su više za depresivnost nego za anksioznost. Na dimenziji pozitivnog afekta manija i zlouporaba sredstava ovisnost vezani su na ekstraverziju i traženje

uzbuđenja. Prema autorima, nije dovoljno samo znati koliko su jako negativan ili pozitivan afekt vezani za određeni poremećaj, već i koja vrsta simptoma u okviru pozitivnog i negativnog afekta najbolje objašnjava dobivenu povezanost (Stanton i Watson, 2014). Stanton i Watson (2015.) analizirali su strukturu nižeg reda pozitivnog afekta i pronašli su dva aspekta, veselost i traženje iskustva, koji su na različite načine povezani sa psihopatologijom. Veselost, koju možemo opisati kao mješavina pažljivosti i vedrine, povezana je s općim blagostanjem, dok je Traženje iskustva, posebno u smislu neprilagođenih ponašanja, bilo povezano s eksternaliziranim simptomima.

Compas i sur. (2017) u velikoj meta-analizi istraživali su odnose između regulacije emocija, stilova suočavanja te internaliziranih i eksternaliziranih simptoma kod djece i adolescenata. Pokazalo se da je veće korištenje potiskivanja emocija i poricanja povezano s višim razinama internaliziranih simptoma, a veće korištenje izbjegavanja povezano je i s većim internaliziranim i eksternaliziranim simptomima.

Srednje djetinjstvo obilježeno je jačanjem vještina regulacije emocija, koje omogućavaju da samostalno rješavanje problema bude učinkovita metoda rješavanja stresnih situacija (Uhl i sur., 2019.). Djeca s višim stupnjem pozitivnog afekta imala su manju disregulaciju emocija, dok su djeca s višim stupnjem negativnog afekta prijavila više disregulacije emocija (Uhl i sur., 2019). Kao što predviđa tripartitni model, djeca s povećanim negativnim afektom izvještavala su o značajno većoj razini simptoma anksioznosti i depresije čime se negativni afekt pokazao kao značajan čimbenik rizika za anksioznost i depresiju tijekom djetinjstva i adolescencije (Uhl i sur., 2019).

Disregulacija emocija povezana je s pojačanim simptomima depresije. Ovaj odnos se može pojaviti jer strategije kao što su emocionalna reaktivnost (ventiliranje), agresija i ruminacija ne rješavaju problem koji izaziva emocije. Neučinkovito rješavanje problema koji izazivaju emocije može održavati uznemirenost, smanjiti samoučinkovitost i povećati naknadnu ruminaciju, što dovodi do lošeg raspoloženja ili razdražljivosti (Uhl i sur., 2019).

Kako bismo proširili istraživački okvir objašnjavanja depresije i anksioznosti kod djece, istražili smo i kognitivni aspekt kod ovih poremećaja.



### 5.3 VARIJABLE IZ KOGNITIVNOG MODELA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

Nalazi našeg istraživanja potvrđuju hipotezu prema kojoj negativne i pozitivne kognicije kod obje skupine objašnjavaju dodatni dio varijance depresivnosti, odnosno anksioznosti, iako navedene vrste kognicija u tripartitnom modelu nisu uzete u obzir.

Kako bismo detaljnije ispitali povezanost kognicija s anksioznošću i depresivnošću odlučili smo se usmjeriti na specifičan sadržaj anksioznih i depresivnih misli jer je prema kognitivnom modelu u razlikovanju ovih dvaju poremećaja ključan upravo sadržaj kognicija. Varijablu negativne kognicije rastavili smo na anksiozne i depresivne kognicije. Djeca koja su psihički zdrava i koja već imaju razvijen poremećaj razlikuju se u sve tri kategorije misli, na očekivan način, tako da zdrava djeca imaju manje anksioznih i depresivnih misli, a više pozitivnih misli u usporedbi s djecom koja imaju razvijen poremećaj.

S obzirom na vrstu misli u kliničkoj skupini je više anksioznih i depresivnih misli te manje pozitivnih misli u usporedbi s ne-kliničkom skupinom. Unutar kliničkih podskupina, anksiozna djeca imaju više anksioznih i pozitivnih misli, u usporedbi s depresivnom djecom koja imaju više depresivnih misli i manje pozitivnih misli nego anksiozna djeca. U usporednoj skupini dobivene su rodne razlike da djevojčice imaju više anksioznih misli. U kliničkoj skupini djevojčice imaju više negativnih misli i manje pozitivnih misli od dječaka.

Djevojčice imaju više negativnih kognicija i to je jedina razlika, osim anksioznosti, u usporednoj skupini, dok se u kliničkoj skupini djevojčice razlikuju od dječaka i po pozitivnim kognicijama, kojih djevojčice imaju manje. U pogledu rodnih razlika, u osnovi veće izraženosti negativnih kognicija kod djevojaka i u usporednoj i kliničkoj skupini, može biti sklonost djevojaka negativnim kognicijama poput samo-okrivljavanja, samo-obezvjeđivanja, sniženog samopoštovanja i samosvijesti (Beck, 1972), kao i sklonosti tome da procijene da im manjka vještina što također generira niz negativnih kognicija. Osim toga, u osnovi negativnih misli kod djevojčica može biti sklonost ruminacijama – neprestanom pasivnom razmišljanju o simptomima i što ih je uzrokovalo. Ruminiranje možemo definirati kao bavljenje mislima i ponašanjima kojima pasivno usmjeravamo pažnju na simptome uznemirenosti i nezadovoljstva i na sve uzroke i posljedice tih simptoma i pretresamo sve stvari koje ne valjaju u životu, a koje bi mogle doprinijeti ovakvom raspoloženju (Nolen-Hoeksema i Jackson, 2001). Ruminiranje je povezano s depresivnim simptomima jer do njih dovodi i održava depresivni poremećaj (Nolen-Hoeksema i sur. 2008). Eksperimentalna istraživanja

pokazuju da inducirano ruminiranje interferira s rješavanjem problema i pogoršava raspoloženje (Lyubomirsky i Nolen-Hoeksena, 1995). Drugi nalazi istraživanja ruminacija upućuju na to da ruminiranje produžuje depresivnu epizodu, kao i da ruminiranje nastavlja biti značajan prediktor budućih depresivnih epizoda, čak i kada se kontrolira razina depresije.

U skladu s tim, istraživanja na općoj populaciji adolescenata i odraslih pokazala su da su djevojke i žene više sklone ruminiranju kada su uznemirene. Prema tome, sklonost žena ruminiranju u najvećoj mjeri doprinosi tome da budu depresivnije od muškaraca (Nolen-Hoeksema i Jackson, 2001). Iako se druženje s drugima smatra korisnim u smanjenju simptoma depresije, istraživanje Bastina i sur., (2021) pokazalo je da u slučajevima kada se druženje sastoji od zajedničkog ruminiranja i katastrofiziranja o problemu, što je često kod bliskih prijateljstava kod djevojaka, može doći do pogoršanja simptoma internaliziranih poremećaja (Bastin i sur., 2021).

Ruminacije su najviše prisutne kod osoba s anksiozno-depresivnim simptomima. U uvodu su detaljno opisane i smatraju se transdijagnostičkim kognitivnim faktorom. Obično sadržajno odgovaraju depresivnim kognicijama pa na primjer osoba stalno razmišlja o tome kako je nesretna i bezvoljna. Ruminacije mogu sadržajno biti i anksioznog karaktera primjerice kada osoba razmišlja „Zašto sam stalno tjeskobna?“ Njima se, kao i depresivnim ruminacijama, usađuje pesimistično razmišljanje, dozivaju se uspomene na negativne događaje i ometa se učinkovitost u rješavanju problema što dovodi do povećanja depresivnih simptoma (Starr i Davila, 2012). Nolen-Hoeksema (1987) istaknula je važnost rodnih razlika u sklonosti ruminiranju kao strategiji u suočavanju s problemima. Žene kada osjete pad raspoloženja sklone su ruminiranju i zbog toga su sklonije razvijanje depresivnih simptoma. S druge strane, muškarci pokazuju aktivnije strategije suočavanja, a kada osjete simptome depresije skloni su distrakcijama (TV, igrice, alkohol i dr.). Negativne kognicije u našem se istraživanju više vežu za negativni afekt nego za depresivnost, visoka je i povezanost između negativnih kognicija i anksioznosti. Dobiveno upućuje na to da su djeca u ovoj dobi sklona zabrinjavanju te da misli više imaju karakter briga nego beznadnosti i ruminacija. U usporednoj skupini negativne kognicije više su vezane za anksioznost dok su u kliničkoj skupini negativne kognicije više vezane za depresivnost. U pogledu sadržaja kognicija, Lonigan je u svom istraživanju (1994) uspio razlikovati anksioznu od depresivne djece u kliničkoj skupini. Za depresivnu djecu bio je karakterističan gubitak interesa i motivacije, dok su anksiozna djeca bila zabrinuta oko: budućnosti, vlastite dobrobiti i reagiranja drugih na njih. Vidimo da su te razlike velikim dijelom odraz sadržaja misli karakterističnih za svaki od ova dva poremećaja.

Feldhaus i sur., 2020 ispitali su učinke kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na ruminacije (eng. *ruminaton-focused cognitive behavior therapy*, RFCBT). Pokazalo se da smanjuje simptome anksioznosti i povećava bihevioralnu aktivaciju čime ublažava i simptome depresije i anksioznosti kada se ta dva poremećaja jave u komorbiditetu (Feldhaus i sur., 2020).

Kao što smo u uvodu rada objasnili, kognitivni modeli u objašnjavanju psihopatologije smatraju da simptomi anksioznosti i depresije proizlaze iz načina na koji mislimo (Beck, 1987). Postoje velike dobne razlike u povezanosti anksioznosti i kognitivnih distorzija. Pokazalo se da u mlađoj dobi povezanost između anksioznih misli i anksioznih poremećaja nije toliko jaka (Weems i sur, 2001). Zbog toga se kognitivni model primjenjiv kod odraslih dovodi u pitanje kad govorimo o djeci, jer su korelacije između kognitivnih distorzija i anksioznosti kod djece niže, ali i zato što treba uzeti u obzir „normalan“ kognitivni razvoj. Na primjer, u razmišljanju adolescenata očekivano nailazimo na određene tipične kognitivne pogreške poput personaliziranja jer je adolescent usmjeren na sadašnjost i na sebe. Mlađa djeca često ne znaju prepoznati misli koje se povezuju uz osjećaj. Kada pitate anksiozno dijete „O čemu razmišljaš kada se uplašiš?“ ili „Čega se uplašiš?“ najvjerojatnije će odgovoriti „Ne znam“. Često se dogodi da djeca nisu svjesna svojih misli u kojima procjenjuju opasnost ili ne znaju verbalizirati svoje iskustvo. Zato bi u terapiji s djecom bilo korisno naučiti prepoznavati misli, jer se onda na mislima može i terapijski raditi, na primjer, anksiozno dijete mogu se učiti ohrabrujuće samoizjave koje olakšavaju suočavanje sa strahom, „Što bi mogao reći mami kada odlaziš u školu?“, Što kažeš na „Danas će biti dobar dan u školi“ ili „Bit ću ponosan na sebe kad uspijem“ „Znam da mogu jer sam već prije uspio iako me bilo strah“ i slično. U meta-analizi programa prevencije za djecu čiji roditelji imaju poremećaj raspoloženja ili anksiozni poremećaj pokazala se učinkovitost u smanjenju rizika od razvoja poremećaja raspoloženja ili anksioznog poremećaja kod djece (Havinga i sur., 2021). Tehnike kognitivnog restrukturiranja pokazale su se središnjom komponentom intervencija usmjerenih na djecu. Na primjer, preventivna intervencija se fokusira na uvježbavanje vještina kognitivnog restrukturiranja i tehnika za modificiranje iracionalnih ili negativnih samoizjava i misli kako bi se dijete bolje nosilo sa stresom. Cilj modificiranja iracionalnih ili negativnih samoizjava i misli je spriječiti razvoj depresije i anksioznosti (Havinga i sur., 2021).

Izjave o samom sebi u kojima se naglašava vlastita sposobnost (npr „Ja mogu svirati pred publikom iako imam tremu i uspjeh ću“) imaju bolju učinkovitost od onih kojima se negiraju zastrašujuća svojstva podražaja (npr „Super je svirati pred publikom“). To opažanje dovodi do pitanja je li učinkoviti mehanizam liječenja umanjivanje anksioznosti ili povećanje

osjećaja sposobnosti, ili oboje (Wenar, 2003).

Nalaz u skladu s našim, da djevojčice imaju više negativnih kognicija nego dječaci, dobile su i autorice upitnika CTQ (Marien i Bell, 2004). I za djevojčice i za dječake bilo je karakteristično da je veća izraženost negativnih misli bila povezana s većim brojem anksioznih simptoma, kao i u našem istraživanju. Autorice uvode pojam „negativne kognitivnosti“ kao zajedničkog faktora, odnosno preklapanja u mislima koje su zajedničke i kod anksioznosti i kod depresije. Na osnovu anksioznih misli predviđa se povećanje anksioznih simptoma, dok se na osnovi depresivnih misli predviđa povećanje depresivnih simptoma. Anksiozne misli bile su značajniji prediktor zabrinjavanja u hipotetskim situacijama, dok su depresivne misli bile značajniji prediktor tužnom raspoloženju. Autorice objašnjavaju rodne razlike u negativnim kognicijama većom osjetljivošću na disfunkcionalne misli kod djevojčica, koje su više usmjerene na svoje misli i više ih svjesne, ali i više ih spremne priznati nego dječaci (Marien i Bell, 2004).

Beckova kognitivna teorija i model beznađa Abramsona su dijateza stres modeli. Istraživanje Possela i sur. (2019) pokazalo je da kognitivne ranjivosti predložene u oba modela trebaju biti aktivirane stresnim životnim događajima ili svakodnevnim stresom kako bi mogle dovesti do simptoma depresije. Krenuvši od Beckovog kognitivnog modela prema kojem je anksioznost karakterizirana bespomoćnošću, a depresivnost beznadnošću Alloy i suradnici (1990) predložili su da međuigra tri kognitivne komponente određuje je li osoba anksiozna, depresivna ili anksiozno depresivna. Te tri kognitivne komponente su: očekivanje bespomoćnosti, očekivanje negativnog ishoda i neizbježnost tih očekivanja. Osobe koje su nesigurne u svoje sposobnosti da postignu ishod kakav žele bit će anksiozne. Nasuprot njima, osobe koje misle da su bespomoćne, ali im je neizvjesno hoće li ishod biti loš imaju anksiozno-depresivne simptome. Naposljetku, osobe koje misle da su bespomoćne i uvjerenе da će ishod biti loš osjetiti će beznadnost i depresiju karakteriziranu očajem, gubitkom interesa i suicidalnošću. Prema tome, anksioznost i depresija dijele očekivanje bespomoćnosti, ali se razlikuju u procjeni izvjesnosti negativnog ishoda.

Naučena bespomoćnost objašnjenje depresije (Seligman i Peterson, 1986; Wicks-Nelson i Israel, 2021) nalazi u tome da neke osobe počnu sebe doživljavati na način da imaju malo kontrole nad svojom okolinom. Naučena bespomoćnost povezana je s osjećajima i ponašanjima karakterističnim za depresiju. Jedna od vrsta naučene bespomoćnosti, a koja povezuje depresiju i anksioznost, je separacija (Wicks-Nelson i Israel, 2021). Prilikom separacije djetetovi pokušaji da se roditelj vrati dovedu do toga da dijete misli da njegova ponašanja i pozitivan ishod nisu u vezi što može dovesti do razvoja separacijske anksioznosti.

Shvaćanje vlastite uloge u uspjehu i neuspjehu mogu dovesti do osjećaja bespomoćnosti ukoliko dijete ponovljeno doživljava neuspjeh. Do postupnog rasta osjećaja bespomoćnosti dolazi u dobi između 7 i 12 godina (Wenar, 2003). U adolescenciji često dolazi do straha od neuspjeha koji se očituje prvenstveno kroz velik broj strahova vezanih za školu.

Barahmand je u svom istraživanju (2008) dobio nalaz da pretjerano zabrinjavanje predisponira razvoj anksioznosti i depresije. Vjerovanje da će zabrinjavanje pomoći u tome da se izbjegne suočavanje s negativnim događajima ili da će zabrinjavanje pomoći u nalaženju rješenja ako dođe do mogućeg neugodnog događaja vodi u depresiju ili u zabrinutost ili u oboje. Neprestane misli koje počinju sa „Što ako...“ mogu osobu učiniti ranjivom za razvoj anksioznog poremećaja i za osjećaj beznadnosti karakterističan za depresiju. Patološko zabrinjavanje, prema autorima, nastaje kada osoba ima nisku sposobnost toleriranja neizvjesnosti i procjenjuje probleme kao prijetnje te vjeruje da će zabrinjavanje koristiti i pomoći u nalaženju rješenja ili prevenciji negativnog ishoda. Autor posebno napominje da je zabrinjavanje u doba adolescencije strategija rješavanja problema kojoj je cilj prevencija i umanjivanje negativnih ishoda kako bi se lakše nosili sa strahom i tjeskobom. No, ukoliko je tolerancija adolescenta na neizvjesnost mala, sklonost gledanju na probleme kao na prijetnje, zajedno sa sniženim samopouzdanjem u sposobnost rješavanja problema, može imati za posljedicu samoprocjenu da adolescent nema kontrolu u procesu rješavanja problema što dovodi do intenziviranja simptoma anksioznosti.

Kalmbach i sur (2015) istraživali su utjecaj ponavljajućih negativnih misli na simptome depresije i anksioznosti kod žena. Usmjerili su se na dvije vrste ponavljajućih negativnih misli: depresivne ruminacije i brige, smatrajući ih sličnim procesima mišljenja, različitima samo po sadržaju. Žene su više sklone brigama, nego muškarci, a premda je zabrinjavanje glavni simptom kod generaliziranog anksioznog poremećaja, nalazimo ga i kod depresije, socijalne anksioznosti, paničnog poremećaja i drugih (McEvoy i sur., 2013). S druge strane, depresivne ruminacije vrsta su ponavljajućih negativnih misli koja je usmjerena na prošlost i uključuju pasivno promišljanje o simptomima i uzorcima negativnog afekta i trenutne situacije. Ruminacije su povezane s početkom i održavanjem depresije i pokazalo se da su češće kod žena te da to barem djelomično čini razliku u prevalenciji depresije (Nolen - Hoeksema i sur, 2008).

Topper i sur. (2017) ukazali su na važnost zabrinjavanja i ruminacija u održavanju depresije i anksioznosti. S adolescentima i mlađima odraslima koji su imali povišenu razinu ponavljajućeg negativnog mišljenja, u vidu zabrinjavanja i ruminacija, u sklopu kognitivno bihevioralne terapije ciljano se radilo s tehnikama za smanjenje takvog mišljenja. Takve

terapijske tehnike smanjile su depresiju i anksioznost, a u učinku je posredovalo smanjenje zabrinjavanja i ruminiranja (Eysenck i Fajkowska, 2018).

Kalmbach i sur. (2016) usporedili su ruminacije i brige s tripartitnim modelom. Nalazi njihovog istraživanja govore u prilog da iako su depresivne ruminacije i zabrinjavanje slični kognitivni proces, neovisni su u svojoj povezanosti s općom psihološkom uznemirenosti. Ne samo da su međusobno povezani, čime doprinose razumijevanju komorbidnosti anksioznosti i depresije, već se i na sličan način vežu za strah, tugu, samopoštovanje i pesimizam, što su sve zajedničke teme anksioznosti i depresiji. Rezultati također imaju implikacije na terapiju i upućuju na važnost rada na smanjenju i ruminacija i zabrinjavanja, neovisno radi li se primarno o anksioznom ili depresivnom poremećaju.

Posljednjih godina istraživanja su se usmjerila na učinke mindfulnessa na razne aspekte svakodnevnog funkcioniranja pa u kontekstu ovog rada možemo izdvojiti nalaze Galla (2020) da mindfulness dovodi do smanjenja negativnog afekta i povećanja pozitivnog afekta zbog čega se mindfulness provodi u mnogim školama. Djevojke izvještavaju o većoj sklonosti ruminacijama i više negativnog afekta u usporedbi s dječacima (Merikangas i sur. 2010), a pokazalo se da se mindfulness programima smanjuju ruminacije i depresivni simptomi, osobito kod adolescentica (Raes i sur., 2014.)

U našem istraživanju u kliničkoj skupini dobivene su rodne razlike. Depresivne djevojčice imaju više anksioznih misli u usporedbi s depresivnim dječacima. Anksiozne djevojčice u usporedbi s anksioznim dječacima imaju više depresivnih misli. Kod depresivne djece, dječaci imaju više pozitivnih misli od djevojčica. Kod anksiozne djece i poremećaju specifičnih anksioznih misli, kao i kod depresivne djece i poremećaju specifičnih depresivnih misli nisu nađene rodne razlike. Isto tako, među anksioznom djecom nema rodne razlike u pogledu pozitivnih misli. Dobivene nalaze možemo objasniti time da su anksioznost i depresivnost više povezane kod djevojčica Romero-Acosta i sur (2013) što se kod nas, vidi u većoj povezanosti anksioznih i depresivnih misli kod djevojčica.

U pogledu omjera pozitivnih i negativnih misli, u našem istraživanju dobili smo veći omjer negativnih misli u kliničkoj u usporedbi s ne-kliničkom skupinom, no ipak je prisutnost pozitivnih misli i u jednoj i u drugoj skupini visoka. Teorija stanja uma testirana je ne samo na odraslima, veći na djeci te je također pokazala da omjeri pozitivnih i negativnih misli koji su više u korist negativnog mišljenja odražavaju teškoće te da je sve veće povećanje disfunkcionalnog omjera povezano sa sve većim stupnjem anksioznosti i depresivnosti (Kendall i Treadwell, 2007). Calvete i Cardenoso (2002) u istraživanju su dobili da djeca s niskom izraženošću internaliziranih simptoma postižu Omjer stanja uma (*State of mind*,

SOM) u kategoriji pozitivnog dijaloga, oni s umjerenim teškoćama u kategoriji uspješnog suočavanja, a oni s visokom izraženošću internaliziranih simptoma u kategoriji konfliktnog dijaloga, kao što se pokazalo i u našem istraživanju.

Za testiranje jedne od najpoznatijih kognitivnih teorija, Beckove kognitivne teorije, razvijen je upitnik *Cognition Checklist* (CCL Beck i sur. 1979). O njemu je bilo riječi u uvodu ovog rada. Namjena mu je da se ispituju automatske misli povezane s depresijom i anksioznošću. Depresivni pacijenti izvještavali su više o beznadnosti, sniženom samopoštovanju i negativnim mislima vezanim za gubitak i neuspjeh, dok su anksiozni pacijenti imali više misli o predviđanju opasnosti i ozljeda. U skladu s očekivanjima, pacijenti s komorbidnom dijagnozom anksiozno-depresivnog poremećaja imali su miješane kognitivne profile. Nalazi našeg istraživanja u skladu su s navedenim, anksiozna djeca imala su više anksioznih misli, a depresivna depresivnih.

Istraživači su željeli odgovoriti na pitanje nadopunjuje li se Beckov kognitivni pristup dvo-faktorskom modelu afektivnosti. Pokazalo se da su dimenzije negativnog i pozitivnog afektiviteta u visokim korelacijama s faktorom depresije, dok su fiziološki simptomi anksioznosti najviše povezani s faktorom anksioznosti. Kognitivni simptomi anksioznosti bili su više povezani s negativnim afektivitetom nego sa fiziološkim simptomima. Dobiveni rezultati podudaraju se s nalazima drugih istraživanja koja pokazuju da su kognitivni i afektivni simptomi anksioznosti više povezani s neuroticizmom nego s tjelesnim simptomima (Clark, Beck, Stewart 1990; Clark, Steer i Beck, 1994; Steer, Clark, Beck i Ranieri 1995). Istraživanja upućuju na kompatibilnost kognitivnog i tripartitnog modela u objašnjavanju depresije i anksioznosti.

## **5.4 INTEGRACIJA VARIJABLI TRIPARTITNOG I KOGNITIVNOG MODELA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI**

Glavni problem istraživanja bio je proučiti složene odnose između emocija, fizioloških simptoma i kognicija vezanih za anksioznost i depresivnost kod djece iz usporedne skupine i djece koja imaju već razvijen anksiozni ili depresivni poremećaj.

Pokazalo se da je povezanost pozitivnih kognicija i depresivnosti djelomično posredovana pozitivnim afektivitetom, povezanost negativnih kognicija s depresivnošću negativnim afektivitetom, a povezanost negativnih kognicija s anksioznošću negativnim afektivitetom i fiziološkom pobuđenošću.

Integriranje tripartitnog i kognitivnog modela pojašnjava odnose između emocija i kognicija te njihovu vezu s anksioznošću i depresivnošću. I pozitivne i negativne kognicije preko afekta djeluju na anksioznost, odnosno depresivnost. Pristajanje modela jednako je i u kliničkoj i u usporednoj skupini, a razlike po spolu nisu dobivene. Iako smo očekivali da će se model različito pristajati po skupinama, dobiveni nalazi ne idu tome u prilog. Možemo reći da je veza između kognicija i poremećaja, posredovana afektom. To nam daje mogućnosti za razradu preventivnih i terapijskih postupaka i smjernica o kojima će biti riječi u zasebnom poglavlju.

Zanimljiv nalaz dobiven je u ulozi fiziološke pobuđenosti koja je predviđena i na temelju pozitivnih kognicija te model koji uključuje i tu vezu, uz sve očekivane, još bolje opisuje podatke. Dobivena veza između pozitivnih kognicija i fiziološke pobuđenosti ne iznenađuje. Analizom čestica upitnika pokazalo se da mnoge pozitivne kognicije navedene u upitniku CTQ mogu biti povezane s uzbuđenjem. Čak deset od dvadeset tvrdnji mogu biti praćene uzbuđenjem. Navest ćemo neke od njih: „Mislim da ću dobro odigrati utakmicu. Moglo bi biti zanimljivo živjeti u novom gradu. Mislim da ću dobro napisati test. Baš me zanima na što sam alergičan. Sigurno zato jer jako brzo trčim (srce mi brzo lupa). Drago mi je što sam pažljivo slušao te znam točan odgovor (kad te nastavnica prozove). Bit će zabavno ići mu u posjet (bratu koji je otišao u inozemstvo na školovanje). Jedva čekam ići na zabavu“. S druge strane, analizom čestica upitnika fiziološke pobuđenosti PH-C, dio simptoma pobuđenosti lako se može interpretirati kao pozitivno uzbuđenje (nisi mogao sjediti na miru, lupalo ti je srce, ostao si bez daha, zacrvenio si se i dr.).

Postoji mogućnost da djeca ne budu svjesna povećanja fiziološkog uzbuđenja ili ga sami sebi objasne drugačijim nego manifestacijom anksioznosti, na primjer kao uzbuđenjem. Djeca koja osjete povećano fiziološko uzbuđenje mogla bi imati koristi od vježbi opuštanja poput biofeedbacka, progresivne mišićne relaksacije, mindfulnessa. Na taj način ublažio bi se njihov fiziološki odgovor. Djeca koja interpretiraju fiziološku pobuđenost kao anksioznost imala bi više koristi od kognitivnih intervencija (Abel i Larkin, 1990). Na primjer, kod djece koja se srame crvenjenja kod nastupa, kognitivnim tehnikama možemo doći do smanjenja anksioznosti, a da pritom sam simptom crvenjenja ostane nepromijenjen. Dijete će se i dalje prilikom javnog nastupa crveniti, ali će mu to smetati manje nego ranije. Autori istraživanja koji su uspoređivali učinke kognitivno bihevioralne terapije kod djece sa socijalnom anksioznošću došli su do mogućeg objašnjenja da za fiziološke promjene treba više vremena nego za kognitivne promjene (Asbrand, 2022). Misli koje djeca imaju upućuju na anksioznu osjetljivost koja je po svojoj je prirodi metakognitivni fenomen. Anksiozna osjetljivost



definira se kao osjetljivost na simptome tjeskobe, a manifestira se u vidu uvjerenja o posljedicama koje doživljaj anksioznosti može imati na osobu. Osobe s visokom osjetljivošću na anksioznost vjeruju da anksioznost može dovesti do srčanog udara ili gubitka kontrole što uzrokuje dodatnu anksioznost. Osobe s niskom osjetljivošću na anksioznost smatraju da simptomi anksioznosti nisu opasni (Reiss, 1991). Anksiozna osjetljivost može biti posredujući mehanizam na način da ako je visoka onda će to dijete intrpretirati uzbuđenje kao opasno, a ako nije visoka onda će ga interpretirati kao pozitivno iskustvo.

Još jedan primjer važnosti interpretacije fiziološkog uzbuđenja nalazimo u istraživanju Pizziea i Kraemera (2021) uspoređivale su se učinkovitosti dvije strategije emocionalne regulacije - ponovna kognitivna prorada i potiskivanje osjećaja s ciljem smanjenja anksioznosti vezanoj za rješavanje matematičkih zadataka, prateći i točnost rješavanja zadataka i fiziološku pobuđenost. Potiskivanje osjećaja dovelo je do pojačanih fizioloških reakcija i više grešaka u rješavanju, dok je ponovna kognitivna prorada smanjila anksioznost i povećala točnost rješavanja. Istaknuli su kako greške u rješavanju ne nastaju zbog fiziološkog uzbuđenja samog po sebi, već zbog kognitivne procjene fiziološkog uzbuđenja. U tom smislu se fiziološka pobuđenost može procijeniti kao negativno iskustvo (npr. „Nervozan sam“) ili kao pozitivno, kao izazov („Uzbuđen sam“). Ponovna kognitivna procjena mijenja emocionalan odgovor i interpretaciju uzbuđenja jer osoba događaj koji je prvo doživjela kao negativan, nanovo interpretira kao zanimljiv izazov. Zbog toga se može dogoditi da posljedica ponovne kognitivne procjene bude povećanje fiziološkog uzbuđenja koje proizlazi iz uspješnijeg izvršavanja zadatka i smanjenja anksioznosti. Primjeri ponovne kognitivne procjene kojima su djeca uspješno smanjivala anksioznost vezanu za rješavanje matematičkih zadataka su uputa da zamisle da objašnjavaju ili podučavaju prijatelja o tome kako se rješava zadatak ili da zamisle da su oni nastavnici koji objašnjavaju kako se rješava zadatak. Time su zamislili opušteno okruženje, a takvo distanciranje omogućilo im je da se usredotoče na rješavanje matematičkog zadatka.

Tjelesni simptomi sastavni su dio različitih psihičkih poremećaja, osobito iz skupine anksioznih i depresivnih poremećaja, a dominantno su obilježje nekih psihičkih poremećaja koji se mogu javiti već u ranoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji (poput poremećaja hranjenja, spavanja, eliminiranja, disanja i dr.) (Vulić-Protić, 2019).

Brojni tjelesni simptomi koji se javljaju tijekom puberteta sastavni su dio odrastanja i sazrijevanja i povezani su s ubrzanim rastom, hormonalnim promjenama i promjenama u životnim navikama adolescenta. U takvim slučajevima rezultat na skali tjelesnih simptoma može biti povišen. Tako se u istraživanjima Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i

adolescente pokazalo da u razdoblju adolescencije dolazi do sve učestalijeg doživljavanja bolova u leđima, umora i nedostatka energije, i to kako kod djevojaka tako i kod mladića (Vulić-Prtorić, 2016). Nalaz u kojem su samo pokazatelji tjelesnih simptoma povišeni, a rezultati na skalama emocionalnih stanja prosječni može se dobiti i kod osoba s aleksitimijom ili kod osoba koje imaju funkcionalne tjelesne simptome. Ako je rezultat povišen na mjerama tjelesnog i emocionalnog aspekta doživljavanja tjelesnih simptoma, a osoba navodi da ne boluje od neke bolesti, treba ispitati radi li se o osobi koja je iz nekog razloga napeta i pretvaraju li se emocionalna napetost, strah ili tuga u tjelesne simptome. Ako postoji i sklonost da se tjelesni simptomi katastrofično interpretiraju, postoji rizik da je osoba preosjetljiva na svaki doživljaj boli, da je svaka tjelesna promjena izvor straha i da je to ometajuće u svakodnevnom životu. Sve navedeno upućuje na to da povišenje tjelesnih simptoma možemo pravilno razumjeti tek zahvaćanjem šireg konteksta njihova javljanja i kombinacijom informacija dobivenih iz više područja funkcioniranja.

Kod djevojaka su fiziološki simptomi povezani s depresijom, što je u skladu s nalazima Miščević (2007) da djevojčice češće pokazuju simptome uznemirenosti i tjelesnih simptoma. Depresija je često prikrivena i somatskim smetnjama poput glavobolje ili abdominalnih bolova. Djeca i adolescenti često se žale na tjelesne simptome u odsutnosti tjelesne bolesti što je utvrđeno medicinskom obradom. Žale se na bolove u glavi ili truhu ili u mišićima. Tako se na primjer djeca sa separacijskom anksioznošću ponedjeljkom ujutro prije polaska u školu ili vrtić žale na glavobolju, mučninu, bolove u truhu i slično. Takvi simptomi mogu biti izraženi i kod prelaska u više razrede u školi ili pak kod perioda kad je povećana količina stresa (na primjer na kraju školske godine). Bolovi u truhu operacionalizirani su kao tri epizode bolova u truhu koji ometaju uobičajeno svakodnevno funkcioniranje djeteta tijekom tri mjeseca, a koji nisu uzrokovani tjelesnom bolesti. Kod djece koja imaju takve bolove, kod njih 79% dijagnosticiran je anksiozni poremećaj, od toga kod njih 43% separacijski anksiozni poremećaj, kod 31% generalizirani anksiozni poremećaj, a kod njih 21% socijalna fobija (Boričević Maršanić u Dodig-Ćurković, 2013).

Neki autori smatraju da su anksioznost i depresivnost rizični faktori za somatizacije. Istraživanje somatizacija kod djece i adolescenata proveli su Romero-Acosta i sur (2013) pošavši od podatka da kod djevojčica u dobi od oko 12 godina dolazi do većeg javljanja somatskih simptoma zbog puberteta koji dovodi do tjelesnih, psiholoških i kognitivnih promjena (Beck, 2008). Do perioda puberteta većina istraživanja ne nalazi rodne razlike u tjelesnim pritužbama Vila i sur, 2009). Janssens i suradnici (2010) postavili su zanimljivu hipotezu da su anksioznost i depresija rizični faktori za pojavu tjelesnih simptoma, a ne

njihova posljedica. Anksioznost i depresija, pretpostavljaju autori, mijenjaju percepciju tjelesnih signala i zbog toga adolescenti razviju tjelesne simptome. Tjelesni simptomi postaju sve češći i ozbiljniji kako se povećava izraženost depresivnih simptoma (Beck, 2008). Romero-Acosta i sur (2013) dobili su rodne razlike, djevojčice su iskazivale više tjelesnih simptoma nego dječaci osobito u doba adolescencije, a rodne razlike pokazale su se i s obzirom na vrstu tjelesne pritužbe, kod mlađe djece od 8 do 10 godina, dječaci se žale na bolove u mišićima (što su autori objasnili čestim igranjem nogometa u toj dobi u Španjolskoj gdje je istraživanje i provedeno, a tako je i kod nas u Hrvatskoj), dok se djevojčice više žale na bolove u glavi i truhu u dobi između 13 i 15 godina. Mlađa djeca imala su više tjelesnih pritužbi nego starija. Izraženost tjelesnih simptoma bila je povezana sa simptomima anksioznosti i depresije. Iako autori tvrde da su anksioznost i depresivnost prediktori glavobolja, bolova u truhu i leđima potrebna su daljnja istraživanja za izvođenje uzročno-posljedičnih zaključaka. Ono što svakako stoji jest da bi se kod djece koja se javljaju liječniku zbog opetovanih bolova i tjelesnih pritužbi trebalo provjeriti imaju li prisutne simptome anksioznosti i depresije.

Jacques i Mash (2004) su testirajući tripartitni model kod djece dobili značajnu povezanost između fiziološke pobuđenosti i depresije što su objasnili „somatskom depresijom“ koja je češća kod žena nego kod muškaraca, a objedinjuje simptome depresije, anksioznosti i somatizacije. Odrasle žene i djeca na sličan način iskazuju simptome depresije što odražava njihovu sklonost somatizacijama, dok je možda za muškarce više kulturalno prihvatljivo da eksternaliziraju svoje teškoće. Nalaz da fiziološka pobuđenost može biti važniji faktor anksioznosti i depresije od negativnog afektiviteta može se sagledati sa aspekta razvojnih teorija prema kojima se djetetove sposobnosti interpretacije i mišljenja općenito, razvijaju s dobi, osjećaji postaju bolje diferencirani i više ovisni o ishodu. To se događa jer djeca mogu bolje opisati svoja stanja za razliku od prijašnjeg prevladavajućeg osjećaja uzbuđenosti i nemira. S tog stajališta, moguće je da se mlađa djeca, koja doživljavaju simptome anksioznosti ili depresije žale na opću slabost, često doživljenu kroz tjelesne pritužbe. Sazrijevanjem ti se tjelesni simptomi povezuju sa situacijom ili objektom kojeg se dijete plaši, a mogu se i interpretirati kao nemogućnost da se nosi sa situacijom što se odražava na lošu sliku o sebi što je kognitivna komponenta depresije (DeBolle i sur. 2010).

U kontekstu rodni razlika u vidu veće izraženosti anksioznosti kod djevojčica, kao što je dobiveno u našem radu, istraživanja su pokazala da kod adolescentica možemo naći veće neprihvatanje emocija, manju jasnoću emocija, slabiji pristup učinkovitim strategijama regulacije emocija, kao i teškoćama u ustrajnosti u cilju usmjerenom ponašanju kada su pod

stresom, u usporedbi s dječacima (Neumann i sur., 2010). Nalazi istraživanja Bendera i sur (2012) pokazali su da teškoće u emocionalnoj regulaciji igraju ključnu ulogu u anksioznosti kod djece i adolescenata. Implikacije na tretman bile bi da se u terapiji treba raditi na vještinama emocionalne regulacije. Emocionalna disregulacija može imati važnu ulogu u odnosu na anksioznost kod dječaka i djevojčica uzevši u obzir teškoće u upravljanju osjećajima o čemu izvještavaju djevojčice, kao i o većoj razini iskazivanja osjećaja i verbaliziranja osjećaja kod djevojčica. Emocionalna disregulacija jednostavno može imati veći utjecaj na djevojčice nego na dječake koji izvještavaju o teškoćama u vidu neosviještenosti svog emocionalnog života. Drugim riječima, veća svjesnost djevojčica o svojim osjećajima u svakodnevnom životu otežava im kontrolu osjećaja u većoj mjeri nego dječacima koji svojih osjećaja nisu previše ni svjesni (Bender i sur (2012)).

Također, bilo bi dobro u pristupu voditi računa o rodnim razlikama, kod dječaka postaviti cilj prihvaćanja negativnih emocionalnih odgovora, a kod djevojčica pomagati im u nošenju s neizvjesnosti i s tim da sebe doživljavaju više efikasima. U njihovom istraživanju su djevojčice, očekivano izvještavale o višem stupnju anksioznosti, kao i o većem stupnju teškoća u reguliranju svojih osjećaja u usporedbi s dječacima.

Često se žene doživljavaju emocionalno labilnijima i manje sposobnima kontrolirati svoje osjećaje, osobito tugu i strah, u usporedbi s muškarcima (Fabes i Martin, 1991). Roditelji potiču sinove, više nego kćeri da potiskuju osjećaje poput tuge ili straha i da poduzmu akcije i suoče se s problemom. Nasuprot tome, majke više uključuju svoje kćeri u razgovore o tuzi i strahu, nego svoje sinove, što je povezano s većom osjetljivošću na svoje i tuđe osjećaje kod žena. Clark i Wells (1995) je našao da roditelji više pozitivno potkrepljuju djevojke za izražavanje tuge i depresije. Iz toga proizlazi da iskazivanje neugodnih osjećaja i pažnja koju to osigurava potiče te osjećaje više kod djevojaka nego kod mladića. Žene možda vjeruju da su neugodni osjećaji teški za kontrolirati ih jer tijekom socijalizacije nisu poticane na aktivno suočavanje u onolikoj mjeri koliko su poticani muškarci. Uz to, žene možda vjeruju da su osjetljivije i da je izvor njihovih neugodnih osjećaja (npr. hormoni) teže kontrolirati, nego što je to muškarcima. Takva vjerovanja doprinose većoj sklonosti ruminiranju kod žena. Niti krajnje potiskivanje, niti kronično ruminiranje nisu prikladni, već je potrebna ravnoteža u kontroli i usmjerenosti na neugodne osjećaje.

I za kraj, složeni međuodnos kognicija i afekta možemo objasniti i time da tijekom rane adolescencije postoji značajan razvojni jaz između intenziviranja emocionalnih stanja i ponašanja koja prate hormonalne pubertetske promjene, s jedne strane, i ovladavanja kognitivnim i emocionalnim vještinama suočavanja s druge strane. Tijekom razdoblja

puberteta i rane adolescencije (12. – 16. godina) arhitektonika neuralne mreže u fronto-limbičkim projekcijama još je značajno različita od one na završetku razvoja. Maturacija neuralnih krugova koji su vezani za intelektualne kapacitete zbiva se intenzivno pa je za razdoblje rane adolescencije karakteristična slabija emotivna kontrola jer stupanj psihosocijalnog sazrijevanja ne prati jačanje intelektualnih kapaciteta (Petanjek i sur., 2021). Vještine suočavanja razvijaju se tijekom kasne adolescencije i rane mladosti zbog čega je period rane adolescencije karakteriziran rizičnim ponašanjima. Naglo dolazi do aktivacije subkortikalnih struktura, slikovito ih možemo zamisliti kao gas, dok se kontrola impulsa aktivacijom prefrontalnog korteksa, što bi predstavljalo kočnice, razvija linearno od djetinjstva do odrasle dobi, tako da tijekom adolescencije dolazi do zaostajanja u razvoju kočnica, dok se gas razvija i koristi puno više. Na taj način dolazi do jaza između inhibitornih i aktivacijskih kapaciteta zbog čega su rani adolescenti prepušteni promjenama i nestabilnosti raspoloženja uz iskrivljenu interpretaciju iskustva, samokritičnost i emocionalnu reaktivnost u stresnim i problemskim situacijama (Franić u Dodig-Ćurković, 2013).

## **6. ZAVRŠNA RAZMATRANJA**

### **6.1 DOPRINOSI**

Doprinos ovog rada je u tome što je to prva provjera nekih dimenzija tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti kod djece provedena na kliničkom uzorku u Hrvatskoj koja detaljno istražuje rodne razlike. Mnogi istraživači upućivali su na važnost toga da se testiraju modeli na kliničkim skupinama, a mi smo prihvatili izazov.

Kao rezime naših rezultata, možemo usporediti nalaze magistarskog rada Zečević (2011) s dobivenim rezultatima koji predstavljaju znanstveni doprinos ovog istraživanja, provedenog na kliničkom uzorku djece. Nalazi se podudaraju u većoj izraženosti anksioznosti kod djevojčica i podjednakoj izraženosti depresivnosti kod dječaka i djevojčica. U pogledu tripartitnog modela, u magistarskom radu on je samo djelomično potvrđen jer se fiziološka pobuđenost pokazala zajedničkim faktorom anksioznosti i depresivnosti, dok je u ovom radu fiziološka pobuđenost specifičan faktor vezan za anksioznost te je time i tripartitni model potvrđen. Objašnjenje nalazimo u „čišćem“ uzorku usporedne skupine u ovom radu u kojem djeca sa značajnim simptomima anksioznosti i depresije nisu uključena u konačni uzorak. Oba rada pokazala su da bi kognicije mogle prethoditi afektu kako to pretpostavlja kognitivni

model anksioznosti i depresije koji mislima pridaje status uzroka u nastanku kako emocija, tako i psihopatologije. Dobiveni su značajni izravni utjecaji pozitivnih kognicija na pozitivni afekt i negativnih kognicija na negativni afekt kao i na fiziološku pobuđenost.

Nalaz u kojem se vidi značajna razlika između ne-kliničke i kliničke skupine jest u sadržaju negativnih kognicija. U ovom radu pokazala se upravo ta specifičnost pa je kod anksiozne djece bilo više anksioznih misli koje su najčešće usmjerene na predviđanje opasnosti i negativnih ishoda, dok su kod depresivne djece i misli bile depresivnog sadržaja, usmjerene na gubitak, krivnju ili neuspjeh. Integracijom modela dobiva se poboljšanje u objašnjavanju anksioznosti i depresivnosti kod djece.

Daljnji doprinos ovog rada je da nalazi istraživanja mogu imati implikacije i na prevenciju i na dijagnostiku i na tretman. U prevenciji bi se instrumenti provjereni u ovom istraživanju PANAS-C, PH-C i CTQ mogli koristiti u školama u sklopu probira kako bi se utvrdilo koja djeca imaju povišen negativni afekt ili negativne kognicije, prisutnost fizioloških simptoma ili pak manjak pozitivnog afekta ili pozitivnih kognicija što bi upućivalo na moguću prisutnost internaliziranih teškoća. Nadalje, upotrebom ovih instrumenata u dijagnostici moglo bi se dobiti precizno razlikovanje u izraženosti anksiozne ili depresivne simptomatologije, a u sklopu tretmana, redovitim odmjerenjem navedenih dimenzija dobio bi se uvid u proces liječenja i odgovor na pitanje dolazi li prvo do smanjenja fizioloških simptoma, negativnog afekta i negativnih kognicija ili do jačanja pozitivnog afekta i pozitivnih kognicija i odvijaju li se ti procesi skokovito ili linearno. Smanjenje negativnog afektiviteta jedan je od prvih ciljeva koji se postavljaju u tretmanu jer za posljedicu ima smanjenje simptoma anksioznosti i u tome nekad učinkovitije nego primjerice rad na anksioznoj osjetljivosti ili na nepodnošenju neizvjesnosti (Talkovsky i Norton, 2014).

Naše istraživanje ukazuje na važnost provođenja preventivnih programa s ciljem smanjenja simptoma ili povećanja otpornosti na nošenje sa stresom. Pokazalo se da je kod djece s anksioznim simptomima prisutan velik broj simptoma fiziološke pobuđenosti. Kako bi se djeci pomoglo u smanjenju tih simptoma bilo bi dobro podučavati ih i uvježbavati u provođenju relaksacijskih tehnika poput abdominalnog disanja, progresivne mišićne relaksacije, vizualizacije ili slično.

Istraživanja su pokazala da kada su izražene negativne kognicija, bilo u formi pretjeranog zabrinjavanja ili u formi ruminacija, pomaže mindfulness koji se počeo primjenjivati u školama u niz država u posljednjih godina upravo zbog učinkovitosti u smanjenju negativnog afekta, simptoma depresije i povećanju pozitivnog afekta (Galla i sur, 2020).

Kognitivno bihevioralna terapija i terapijski pristupi temeljeni na mindfulnessu ističu važnost prepoznavanja i razumijevanja emocija i zasigurno bi im u terapiji dodatno koristilo saznanje koji su specifični aspekti pozitivnog i negativnog afektiviteta povezani s psihičkim poremećajima. U idealnom slučaju, detaljna konceptualizacija emocionalnih poteškoća kod psihičkih poremećaja poboljšala bi efikasnost tretmana i smanjila patnju kod djece (Stanton i Watson, 2014).

Istražujući otpornost na stres istraživači su pokazali da je otpornost povezana s pozitivnim mislima o sebi, svijetu i budućnosti što je zapravo pozitivna kognitivna trijada, suprotna negativnoj trijadi karakterističnoj za depresiju. Pozitivna trijada potiče ugodne emocije i zadovoljstvo životom te štiti od depresije. Drugim riječima, otpornost potiče razvoj pozitivnih kognicija o sebi, svijetu i budućnosti te vodi do poboljšanja zadovoljstva životom i umanjuje stres (Mak i sur., 2011). Posebno važnu moderirajuću ulogu između stresora i otpornosti pokazalo se da ima pozitivna ponovna kognitivna procjena. Neke od takvih misli bile bi „Kada želim osjetiti manje neugodan osjećaj, promijenim način na koji gledam na situaciju“, „Mislim da mogu nešto naučiti iz te situacije“, „Mislim da zbog toga što mi se to dogodilo mogu postati jača osoba“, „Mislim da situacija ima i svoju pozitivnu stranu“. Podučavanje takvog načina procjene događaja koristilo bi kako u preventivnim programima sa zdravom djecom, tako i kod djece koja su rizična za razvoj psihičkog poremećaja bilo zbog već početka razvoja poremećaja i subkličičke slike ili zbog nepovoljnih okolinskih faktora koji ih predisponiraju za razvoj poremećaja (traume, siromaštvo, razvod roditelja i dr.).

Iako se znanja iz područja nastanka poremećaja i učinkovitih terapijskih strategija povećavaju, ne dolazi do smanjenja psiholoških problema. Razlog tome može biti smanjena stigma zbog koje se povećala svjesnost o prisutnosti problema, a time i spremnost ljudi da potraže pomoć pa je broj djece s problemima jednak ili čak „umjetno“ uvećan jer ih više traži pomoć. Prostor za unaprjeđenje brige o zdravlju djece, leži u preventivnim programima i strategijama, kako u istraživanju preventivnih postupaka, tako, još više, i u implementiranju prevencije. Preventivni programi mogu imati za cilj jačati otpornost kod djece, a na osnovi rezultata ovog rada koji ističe važnost povezanosti misli i osjećaja, mogu se osmišljavati preventivne intervencije. To se može provoditi i u sklopu savjetovališta ili psihoterapije, ali primjena može biti i šira, na primjer u školi. Moglo bi se učiti djecu kognitivnom restrukturiranju, smanjenju katastrofiziranja i negativnih misli vezanih za budućnost, pogrešku, sramoćenje. Takve preventivne strategije kroz radionice bi se mogle provoditi pred prelazak na predmetni oblik nastave (kao priprema za 5. razred, ponovno kao priprema za 7. razred) i pred prelazak u srednju školu. Tako bi se djecu dodatno „opremilo“ za nošenje sa

stresom koji nosi škola.

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež sudjelovala je u projektu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u izradi programa Promicanje Mentalnog Zdravlja Djece (PoMoZi Da). Radi se o programu zdravstvenog opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnog zdravlja djece i mladih. Program je namijenjen prvenstveno učiteljima i nastavnicima u osnovnim i srednjim školama te svim ostalim odgojno-obrazovnim djelatnicima. Program pruža skup osnovnih znanja i vještina koji odgojno-obrazovnim djelatnicima u njihovom svakodnevnom radu mogu olakšati prepoznavanje problema mentalnog zdravlja učenika, olakšati pristupanje i pružanje potrebne podrške učeniku s problemom te ga informirati i potaknuti na prihvaćanje stručne pomoći (Muslić, 2019).

Obzirom na utvrđene rodne razlike, bilo bi korisno rezultate istraživanja koristiti u praktične svrhe na način da se djecu educira o dobivenim rodnim razlikama. Psiho-edukacija koja bi djeci objasnila kako dolazi do pojave i održavanja simptoma anksioznosti i depresivnosti te koje su i zašto prisutne razlike između djevojčica i dječaka, pomogla bi djeci u razumijevanju teškoća koje su ih snašle i u normalizaciji simptoma. Na primjer, reći djetetu „separacijska anksioznost česta je kod djevojčica“ (za djevojčice) ili „iako je separacijska anksioznost česta kod djevojčice, dječaci se češće javljaju po pomoć“ (za dječake) (Asher i sur., 2017).

Istraživanja su pokazala da su djeca od osme godine nadalje sposobna dati valjane informacije o svojim simptomima anksioznosti i depresivnosti (Kovacs, 1992). Za adolescente se smatra da su sami najbolji izvor o tome kako se osjećaju i ponašaju, a neka su istraživanja pronašla veliko neslaganje između samoiskaza djece i informacija koje su o njima rekli roditelji i nastavnici (Macuka i sur., 2012). I dok roditelji i nastavnici obično nisu ni svjesni da dijete ima poteškoće, djetetovi prijatelji iz razreda često budu prvi koji zapaze promjene uzrokovane psihičkim poremećajem.

Komorbidnost anksioznosti i depresije često je karakterizirana težim kliničkim slikama, nego što je to u slučajevima kada je prisutna samo depresija ili samo anksioznost. Zbog toga je u terapiji važan zadatak i cilj prevenirati, prepoznati i što prije zaustaviti razvoj depresivnih simptoma na anksiozne smetnje. U našem radu prikazali smo neke od mogućih prediktora koji do toga mogu dovesti (negativni afektivitet, fiziološki simptomi, negativne kognicije osobito sadržajno vezane za bespomoćnost i beznadnost te sklonost ruminacijama). Obzirom na niz detaljnih nalaza vezanih za kognitivni model, doprinos ovog rada je i u skretanju pozornosti na to koji kognitivni aspekti mogu biti u podlozi poremećaja i kojima se u terapiji treba posvetiti.



## 6.2 METODOLOŠKI NEDOSTACI

Prvo ograničenje koje ćemo navesti tiče se veličine uzorka. Bilo bi bolje da je broj sudionika u istraživanju veći, ovako smo imali oko 30 sudionika po skupini zbog čega se nisu mogle raditi detaljnije statističke analize (strukturalno linearno modeliranje). Osim toga, bilo bi bolje da smo imali i skupinu anksiozno depresivne djece jer se kod njih obično radi o najviše izraženoj psihopatologiji pa bismo vidjeti razlike u primjenjivosti modela na kliničkoj skupini i mogućnosti nekih varijabli tripartitnog i kognitivnog modela u razlikovanju anksioznosti i depresivnosti kod djece, kao i u objašnjavanju posredujućih faktora u integraciji nekih varijabli tripartitnog i kognitivnog modela.

Metodološki nedostaci proizlaze iz ograničenja vezana za mjerne instrumente kao što su nejasni termini i tvrdnje, dvostruke negacije, slične tvrdnje i drugo. Djeca mlađe dobi imaju poteškoće s razumijevanjem nekih tvrdnji/simptoma u Upitniku fizioloških simptoma, pogotovo onih koje sami nemaju pa ih teško mogu zamisliti poput *zatezalo te u mišićima* ili *obljevao te val vrućine*. Neke pak tvrdnje djeca shvaćaju doslovno poput *lupalo ti je srce* pa označe najveću učestalost (*uvijek*) ili, u boljem slučaju, pitaju za pojašnjenje.

Daljnji nedostatak upitnika su čestice koje se preklapaju (STAIC – *Teško donosim odluke*; *Plače mi se* CDI – *Teško donosim bilo kakvu odluku*; *Često mi se plače*) zbog čega su i visoke korelacije između upitnika. To se dešava jer su konstrukti preklapajući pa anksioznost i depresivnost imaju niz zajedničkih faktora. Problem je i što su upitnici CDI i STAIC visoko zasićena sa simptomima opće psihopatologije pa u tom smislu nisu dovoljno diskriminativni za anksiozne, odnosno depresivne poremećaje.

Testiranje je obuhvaćalo 6 upitnika i potrebno je bilo oko 45 minuta da ih se popuni što je zasigurno nekoj djeci, osobito slabijim čitačima i djeci sa slabijom koncentracijom, bilo vrlo zamorno.

Ograničenje istraživanja je dob ispitanika od 12 godina, zbog čega se rezultati ne mogu generalizirati na djecu i adolescenciju druge dobi.

Dodatni nedostatak je što ne znamo druge faktor koji su mogli utjecati na rezultate kao što su rizični faktori za razvoj anksioznosti i depresije poput pozitivnog herediteta, obiteljskih prilika (npr. socio-demografski status, zlostavljanje u obitelji, razvod roditelja) ili druge vrste psiho-trauma ili pak prezahtjevnog školskog programa što je često rizični faktor za javljanje internaliziranih problema.

Mnogi istraživači savjetuju ispitati primjenjivost tripartitnog modela s obzirom na pojedine dijagnoze, no djeca u kliničkoj skupini gotovo sva imaju dijagnozu Emocionalnog

poremećaja s početkom u djetinjstvu pa je takva analiza teško izvediva.

### 6.3 SMJERNICE ZA DALJNJA ISTRAŽIVANJA

Proglašenje pandemije i početak korona krize, potres, karantena, online nastava, zatvaranje ambulanti za zaštitu mentalnog zdravlja izuzev hitnih slučajeva, situacije su koje su se događale tijekom provedbe ovog istraživanja. Nakon povratka na nastavu i normaliziranja situacije s koronom, uočilo se značajno pogoršanje mentalnog zdravlja kod djece koja su dolazila u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež na pregled. Anksiozna djeca tijekom perioda zatvorenosti doživjela su olakšanje jer nisu bili izloženi strahovima vezanim za školu i sl. No povratkom na nastavu bilo im je teže nego prije pandemije. Kliničke slike djece bile su značajno teže od kliničkih slika djece prije pandemije i gotovo u pravilu radilo se o komorbiditetu s depresijom te je zapaženo značajno više teških depresija kod mlađe djece. Promjene u okolnostima odrastanja uzrokovane koronom i potresom dovele su do promjena psihičkog zdravlja djece pa to svakako treba uzeti u obzir kod provedbe istraživanja.

Ovim istraživanjem objašnjeno je od 23% do 30% varijance anksioznosti i depresivnosti, tako da je veliki dio i dalje neobjašnjen pa bi buduća istraživanja trebala proširiti okvire kako bi se što bolje objasnili zajednički i specifični faktori anksioznosti i depresije. Mnogi transdijagnostički faktori navedeni u uvodu rada svojevrsan su popis varijabli koje bi se mogle koristiti u istraživanju, a time i boljem razumijevanju anksioznosti i depresije kod djece.

Bilo bi dobro ispitati razlike s obzirom na dob u kombinaciji sa spolom i izraženosti psihopatologije. Starija dob kritičnija je za razvoj depresije pa bi se bolje mogle ispitati rodne razlike i specifičnosti u odnosu emocija, misli i fizioloških simptoma. Za usporedbu bi bile dobre tri skupine djece, na primjer od 8, 12 i 16 godina. Trebalo bi promijeniti skale. Na primjer da se za kriterijske varijable anksioznost i depresivnost koriste Beckovi upitnici za mlade (BYI) jer su STAIC i CDI namijenjene mlađoj djeci. Beckovi upitnici za mlade primjenjuju se kod djece od 7 do 18 godina, a sadrže skalu anksioznosti i depresije, a uz njih sadrže i skale: samopoimanja, ljutnje i odstupajućih ponašanja.

Za stariju djecu (srednjoškolska dob) umjesto upitnika CTQ, bilo bi primjerenije koristiti Upitnik automatskih misli (*Automatic Thoughts Questionnaire – ATQ*) kojeg su razvili autori Hollon i Kendall (1981) koji sadrži 30 negativnih misli, a Ingram i Wisnicki (1988) dodali su mu i 30 pozitivnih misli. Problem s upitnikom CTQ je što nije baš primjenjiv

na djecu stariju od 12 godina zbog sadržaja koji su oni „prerasli“. Na primjer, starijoj djeci sljedeće misli i situacije obično ne izazivaju anksioznost i depresiju: Liječnik ti kaže da si alergičan, uz što se nudi anksiozna misao *Možda ću morati dobivati injekcije*. Majka kasni po tebe pola sata, a ponuđena anksiozna misao je *Što ako me zaboravi i ja ostanem ovdje*. Ili misao *Uspušeš se na tjelesnom nakon tri kruga trčanja oko dvorane* pa imaš depresivnu pomisao *Nikad neću moći trčati brzo kao ostala djeca*.

Kako bi se dobile informacije o djetetu iz dodatnog izvora bilo bi dobro da roditelji djece u usporednoj i djece u kliničkoj skupini popune skalu za procjenu dječjeg ponašanja (*Child Behavior Checklist, CBCL*; Achenbach, 1991) koja je značajno pridonijela razumijevanju simptoma dječje psihopatologije i često se koristi u istraživanjima anksioznosti i depresivnosti kod djece (De Bolle i sur, 2010).

Kako bi se doskočilo tome da dječaci ne žele pokazati niti izvještavati o tome da imaju simptome anksioznosti mogli bi u istraživanju koristiti i kontrolne ljestvice. Obzirom na sklonost dječaka da negiraju prisutnost poteškoća i daju socijalno poželjne odgovore, uzrok čega smo objasnili socijalizacijom, bilo bi dobro među instrumente uvrstiti i skalu laži na primjer iz Eysenckovog upitnika za djecu EPQ-Jr pa bismo na taj način mogli kontrolirati ili barem pratiti tu njihovu sklonost. Zanimljivo bi bilo usporediti rezultate dječaka i djevojčica na skali laži te ispitati postoje li razlike s obzirom na rod, dob i izraženost psihopatologije. Rothen (2008) u svom istraživanju nije dobio razlike u rezultatima na skali laži s obzirom na rod, dok je uobičajen nalaz da djevojčice postižu više rezultate od dječaka na skali laži (Scholte i De Bruyn, 2001).

Kognicije bi bilo dobro istražiti na neki drugi način, a ne samo u formi upitnika jer ovako nudimo djeci „gotove“ misli i nemamo uvida koje točno misli njima u određenim situacijama prolaze kroz glavu. Prednost bi imali postupci poput vođenja dnevnika misli i bilježenja misli. Obzirom na rasprostranjenu upotrebu mobitela kod djece i to da današnja djeca češće uz sebe imaju mobitel, nego papir i olovku, mogli bi jednostavno snimati diktafonom/snimačem glasa na mobitelu misli koje im se javljaju u određenoj situaciji. Nakon toga bi se kvalitativnom analizom istražilo razlikuju li se u sadržaju misli između djevojčica i dječaka, mlađe i starije djece, a dobio bi se i skup misli iz kojeg bi se mogao sastaviti upitnik za ispitivanje kognicija.

Nov način mjerenja je Ekološki valjana procjena trenutnog stanja (eng. *ecological momentary assessment EMA*) koja se sve više koristi za prikupljanje informacija sudionika u njihovom stvarnom okruženju i u realnom vremenu. Pozitivan i negativan afekt, dnevne aktivnosti i socijalni kontekst često su glavne mjere EMA-e. Intervencije pomoću EMA-e

protokola provedene su različitim pristupima, uključujući telefonski poziv, web stranicu, aplikacije ili digitalni podsjetnik koji pacijente potiču na ispunjavanje obrazaca i procijenu kako se u tom trenutku osjećaju, što rade i dr. (Baltasar-Tello i sur., 2018). U preglednom radu o primjeni EMA-e Baltasar-Tello i sur., (2018) pokazali su kako je EMA bila korisna u procjeni raspoloženja u trenutku i u stvarnom okruženju pacijenata. Pacijenti su mogli lakše uvidjeti što dobro uječe na njihovo raspoloženje, što loše, kao i to da se raspoloženje mijenja te da se ne osjećaju loše cijelo vrijeme.

Za simptome fiziološke pobuđenosti bilo bi dobro imati objektivne mjere poput pulsa, krvnog tlaka i slično, a ne samoizvještavanje. Osim toga, bilo bi dobro istražiti kognicije koje se nalaze u podlozi fiziološke pobuđenosti. One bi mogle u kontekstu komplementarnosti tripartitnog i kognitivnog modela prezentirati specifičan faktor anksioznosti. Skala anksiozne osjetljivosti odražava kognicije vezane za fiziološku pobuđenost. Tvrdnje poput čestica skale anksiozne osjetljivosti mogle bi predstavljati kognitivni faktor specifičan za anksioznost (na primjer: *Kad primijetim da mi srce brzo lupa, brinem se da bih mogao/la imati srčani napad ili Neuobičajeni osjećaji u mom tijelu me plaše*). Nadalje, korištenje tehnika virtualne stvarnosti moglo bi se koristiti u terapiji kao pomoć u tehnikama izlaganja, a mogli bi se osmisliti i eksperimentalni nacrti istraživanja veze između fiziološke pobuđenosti i anksioznosti. Iako je još u ranoj fazi razvoja, virtualan stvarnost (eng *virtual reality*, VR) dobiva pozornost kao terapijski alat za poboljšanje mentalnog zdravlja, smanjenje anksioznosti, fobija i poremećaja povezanih sa stresom (Riva i Serino, 2020). VR se sastoji od računalno generirane projekcije vizualnih/akustičnih 3D sadržaja koji se doimaju kao da su stvarni.

Prednosti VR-a uključuju povećanje motivacije i suradnje pacijenata, mogućnost malipuliranja okruženjem i kreiranje podražaja koji su potrebni upravo tom pacijentu. Pokazalo se kako VR olakšava učenje tehnika opuštanja (Bell i sur., 2020). Projekcije na VR mogu se lako obogatiti motivima iz aktualnih igara čim dodatno motiviraju pacijente (Pizzoli i sur., 2019). To se pokazalo posebno važnim za adolescente koji imaju veliko iskustvo s digitalnim tehnologijama i preferiraju aktivnosti poput igranja video igara, što može povećati motiviranost i suradnju adolescenata za terapijski rad u kojem se koristi VR. Istraživanje De Zambottija i sur., (2022) pokazalo je da VR može pomoći u liječenju nesаницe kod adolescenata.

Važan pristup koji se predlaže u posljednje vrijeme je istraživački okvir tzv. Hijerarhijske taksonomije psihopatologije (HiTOP). Radi se o vodećoj istraživačkoj paradigmi koja obuhvaća desetljeća podataka o glavnim dimenzijama psihičkih poremećaja (Conway, 2022). HiTOP je empirijski izveden model, nastao kao odgovor na probleme s

tradicionalnim kategorijalnim sustavima DSM-5 i ICD 10. U modelu možemo izdvojiti šest širih dimenzija: internalizacija, neprijateljska eksternalizacija, dezinhibirana eksternalizacija, poremećena privrženost, poremećaj mišljenja i somatoformni poremećaj. Zajedničke karakteristike tih šest HiTOP spektara obuhvaće su u nadspektru, općem faktoru psihopatologije za koji se pretpostavlja da je prisutan u svim simptomima psihičkih poremećaja. Spuštajući se niz hijerarhiju, šest širih dimenzija dijeli se na homogenije dimenzije koje su označene podfaktorima. Na primjer, internalizacija se, među ostalim, dijeli na strah i uznemirenost. Ti podfaktori su pak sastavljeni od sindroma nižeg reda, koji su empirijski izvedeni tipični skupovi simptoma. HiTOP model ima jasne implikacije na način na koji se psihološke teorije formuliraju i testiraju te na način na koji se istraživanje dizajnira i tumači (Conway, 2022).

## 7. ZAKLJUČAK

U istraživanju provedenom na 306 djece: 150 učenika osnovne škole u Zagrebu i 156-ero djece koja imaju anksiozni ili depresivni poremećaj dobiveni su sljedeći rezultati:

- ▶ Dobivene su rodne razlike: djevojčice su anksioznije od dječaka i imaju više negativnih kognicija i negativnog afekta, a kod kliničke skupine djevojčice imaju manje pozitivnih kognicija u usporedbi s dječacima. Nisu se pokazale razlike na planu depresivnosti ni pozitivnog afektiviteta kao niti simptoma fiziološke pobuđenosti.
- ▶ Negativan afektivitet je statistički značajni prediktor i za anksioznost i za depresivnost u usporednoj skupini, u kliničkoj je specifičan za depresivnost. Odsutnost pozitivnog afektiviteta u obje je skupine statistički značajni prediktor za depresivnost, ali ne i za anksioznost. Fiziološka pobuđenost u obje je skupine statistički značajan prediktor za anksioznost, ali ne i za depresivnost. Time je u usporednoj skupini potvrđen tripartitni model anksioznosti i depresivnosti kod djece.
- ▶ Negativne i pozitivne kognicije kod obje skupine objašnjavaju dodatni dio varijance depresivnosti, odnosno anksioznosti, iako navedene vrste kognicija u tripartitnom modelu nisu uzete u obzir.
- ▶ Potvrđene su hipoteze proizašle iz integrativnog modela prema kojiima je povezanost pozitivnih kognicija i depresivnosti djelomično posredovana pozitivnim afektivitetom, povezanost negativnih kognicija s depresivnošću negativnim afektivitetom, a povezanost negativnih kognicija s anksioznošću negativnim afektivitetom i fiziološkom pobuđenošću.
- ▶ Rezultati analize traga pokazali su dobro pristajanje integrativnog modela podacima, kada mu se doda veza da je fiziološka pobuđenost predviđena na temelju pozitivnih kognicija.
- ▶ Nisu dobivene razlike u pristajanju integrativnog modela niti s obzirom na skupinu (anksiozni, depresivni, usporedni) niti s obzirom na rod.

## 8. LITERATURA

- Abel, J.L. i Larkin, K.T. (1990). Anticipation of performance among musicians: Physiological arousal, confidence, and state-anxiety, *Psychology of Music*, 18(2), 171–182. <https://doi.org/10.1177/0305735690182006>
- Abela, J.R.Z. i Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents, *Journal of Early Adolescence* 23, 384–404.
- Abela, J.R.Z., i Hankin, B.L. (2009). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. U: S. Nolen-Hoeksema i L. M. Hilt (Ur.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 335–376). Routledge/Taylor & Francis Group
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., i Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 96, 358–372
- Abramson, L., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G., i Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. U: I. H. Gotlib i C. L. Hammen (Ur.), *Handbook of Depression*, (str. 268-293). Guilford Press.
- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study, *Psychological Monographs*, 80 (7), 1-37.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. University of Vermont.
- Achenbach, T.M., (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., Howell C.T., McConaughy S.H. i Stanger C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes , *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (3), 336-347.
- Achenbach, T.M., i Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ahlen, J. i Ghaderi, A. (2020). Dimension-specific symptom patterns in trajectories of broad anxiety: A longitudinal prospective study in school-aged children. *Development and Psychopathology*, 32, 31–41.
- Albano, A.M., Causey, D., i Carter, B.D. (2001). Fear and Anxiety in Children. U: C.E. Walker, i M.C. Roberts, (Ur.), *Handbook of Clinical Psychology* (str. 291-312). John Wiley and sons.
- Albano, A.M., Chorpita, B.F. i Barlow, D.H. (2003). Childhood Anxiety Disorders. U: E.J. Mash, i R.A. Barkley, (Ur.). *Child psychopathology* (str. 196-241). The Guilford Press.
- Alfano M.S., Joiner T.E., i Perry M.(1994). Attributional style: A mediator of the shyness–

- depression relationship? *Journal of Research in Personality*. 28, 287–300.
- Allen, L.B., Ehrenreich, J.T. i Barlow, D.H. (2005). A Unified Treatment for Emotional Disorders: Applications With Adults and Adolescents (Invited Article). *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 31(1), 3-30.
- Alloy L.B., Kelly K.A., Mineka S. i Clements C.M. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. U: J.D. Maser i C.R. Cloninger, (Ur.) *Comorbidity of mood and anxiety disorder* (str. 499–543). American Psychiatric Press.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Murray, L.A., Whitehouse, W.G., i Hogan, M.E. (1997). Self-referent information processing in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 539-568.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Walshaw, P.D., i Neeren, A.M. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 726-754.
- Alnaes, R., Torgersen, S. (1990). Parental representation in patients with major depression, anxiety disorder and mixed conditions, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 518-522.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (4th ed)*. American Psychiatric Press Inc
- American Psychological Association (APA). Children's mental health is in crisis. Preuzeto s <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-childrens-mental-health> (rujan, 2022)
- Američka psihijatrijska udruga(ur. hrv. izdanja V. Jukić, G. Arbanas) (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Naklada Slap.
- Anderson, J. (1994). Epidemiological issues. U: T. Ollendick, N. King, and W. Yule, (Ur.) *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (str. 43-66). Plenum.
- Anderson, D.R. i Hope, D.A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth, *Clinical Psychology Review*, 28, 275–287.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the difference. U: R.M. Rapee (Ur.) *Current Controversies in the Anxiety Disorders* (str. 3-20). Guilford Press
- Anyan F, Hjemdal O. (2018) Stress of home life and gender role socializations, family cohesion and symptoms of anxiety and depression. *Women Health*.;58(5):548–64.
- Angold, A., Costello, E.J. i Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Asbrand, J., Vögele, C., Heinrichs, N., Nitschke, K. i Tuschen-Caffier, B. (2022). Autonomic Dysregulation in Child Social Anxiety Disorder: An Experimental Design Using CBT Treatment, *Appl Psychophysiol Biofeedback* 47, 199–212



<https://doi.org/10.1007/s10484-022-09548-0>

- Asher, M., Asnaani, A. i Aderka, I.M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review* 56, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Ashford, J., Smit, F., van Lier, A.C.P., Cuijpers, P. I i Koot, M.H. (2008). Early risk indicator of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 774-780.
- Axelson, D.A. i Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*.14, 67–78.
- Bahls, S.C. (2002). Depression in childhood and adolescence: clinical features. *Journal de Pediatria*.78(5), 359-366.
- Baltasar-Tello, I., Miguélez-Fernández, C., Peñuelas-Calvo, I. i Carballo, J.J. (2018). Ecological Momentary Assessment and Mood Disorders in Children and Adolescents: a Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep.* 20(8):66. doi: 10.1007/s11920-018-0913-z. PMID: 30069650.
- Bang Y.R., Park J.H., Kim S.H. (2015) Cut-Off Scores of the Children's Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*. 2015 Jan;12(1):23-8. doi: 10.4306/pi.2015.12.1.23. Epub 2015 Jan 12. PMID: 25670942; PMCID: PMC4310917.
- Barahmand, U. (2008). Age and gender differences in adolescent worry, *Personality and Individual Differences*, 45, 778–783.
- Baron, P., Campbell, T.L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence* 28(112), 903-11.
- Bastin, M., Luyckx, K., Raes, F. i Bijttebier, P. (2021). Co-Rumination and Depressive Symptoms in Adolescence: Prospective Associations and the Mediating Role of Brooding Rumination. *J Youth Adolesc.* 50(5):1003-1016. doi: 10.1007/s10964-021-01412-4. Epub 2021 Mar 6. PMID: 33675504.
- Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Školska knjiga.
- Baxter, A.J., Scott, K.M., Vos, T., i Whiteford, H.A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43, 897-910.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, Harper & Row.
- Beck, A.T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. University of Pennsylvania Press.

- Beck, A.T. (1972). Measuring depression: The depression inventory. U: T.A. Williams, M.M. Katz i J.A. Shield (Ur.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (str. 299-302). Government Printing Office.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. i Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, The Guilford Press.
- Beck, A., Emery, G. i Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy 1*: 5–37
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.I. i Riskind, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179-183.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*, The Guilford Press.
- Beck, A. T. i Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Beck, J.E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 547–562. doi:10.1093/jpepsy/jsm113
- Beesdo, K., Knappe, S. i Pine, D.S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin NorthAm* 32, 483–524.
- Beesdo-Baum, K. i Knappe, S. (2012). Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21, 457–478.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Begić D. (2016). *Psihopatologija*. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.
- Begovac I. i sur. (2021) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Begovac, I. i Majić, G. (2021). Afektivni poremećaji. U: I. Begovac (Ur.), *Dječja i adolescentna psihijatrija*. (str. 737-753) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Begovac, I. i Majić, G. (2021). Anksiozni (emocionalni) poremećaji. U: I. Begovac (Ur.), *Dječja i adolescentna psihijatrija*. (str. 755-773) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Beidel, D.C. i Turner, S.M. (2007). *Shy Children, Phobic Adults Nature and Treatment of*

*Social Anxiety Disorder*. American Psychological Association.

- Bell, I.H., Nicholas, J., Alvarez-Jimenez M., Thompson, A. i Valmaggia, L. (2020). Virtual reality as a clinical tool in mental health research and practice. *Dialogues Clin Neurosci* 22, 169–177. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/lvalmaggia. PMID: 32699517; PMCID: PMC7366939.
- Bender, P.K., Reinholdt-Dunne, M.L., Esbjørn, B.H., i Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284–288 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027>
- Bernstein, G.A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30, 43–50.
- Biro, M. (1990). Kognitivna psihoterapija. U: Anić, N. (Ur.), *Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III*. Društvo psihologa Hrvatske.
- Blagden, J.C., i Craske, M.G. (1996). Effects of active and passive rumination and distraction: A pilot replication with anxious mood. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(4), 243- 252. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00009-6](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00009-6)
- Bolnički informacijski sustav (BIS), Pregledavan u listopadu 2022.
- Boričević-Maršanić, V. (2013). Anksiozni poremećaji dječje i adolescentne dobi. U: K. Dodig-Ćurković, V. Boričević-Maršanić, D. Benić, T. Franić, M. Grgić i sur. *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. (str. 96-108), Svjetla grada.
- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, L. i Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*. 60,S1, 119-125
- Boylan K.R., Miller J.L., Vaillancourt T. i Szatmari P. (2011). Confirmatory factor structure of anxiety and depression: Evidence of item variance across childhood. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 20, 194–202. 10.1002/mpr [PubMed: 22009887]
- Brady, E.U. i Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255.
- Brent, D.A. (1993). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatr Rev* 14(10), 380-8.
- Breslau, J., Gilman, S.E., Stein, B.D., Ruder, T., Gmelin, T. i Miller, E. (2017). Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents. *Transl Psychiatry*. 30;7(5):e1139. doi: 10.1038/tp.2017.105. PMID: 28556831; PMCID: PMC5534940.
- Brinker, J.K. i Dozois, D.J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1-19.

- Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., Grisham G.R. i Mancill R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J. Abnorm. Psychol.* 110, 585–99.
- Brown, G.W. (1996). Psychosocial factors and depression and anxiety disorders -some possible implications for biological research, *Journal of Psychopharmacology*, 10, 23-30.
- Brown, H.M., Waszczuk, M.A., Zavos, H.M., Trzaskowski, M., Gregory, A.M. i Eley, T.C. (2014). Cognitive content specificity in anxiety and depressive disorder symptoms: A twin study of cross-sectional associations with anxiety sensitivity dimensions across development. *Psychological Medicine*, 44, 3469-3480. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291714000828>
- Brozovich, F. i Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 891–903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.002>
- Bruder, G.E., Fong, R., Tenke, C.E., Leite, P., Towey, J.P., Stewart, J.E., McGrath P.J. i Quitkin F.M. (1997). Regional brain asymmetries in major depression with or without an anxiety disorder: a quantitative electroencephalographic study. *Biological psychiatry* 41(9), 939-48.
- Brumariu, L. E. i Kerns, K. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22 (1), 177-203.
- Buljan Flander, G., Mikloušić, I., Redžepi, G., Selak Bagarić, E. i Brezinščak, T. (2021). Rezultati probira mentalnog zdravlja djece u Zagrebu. Grad Zagreb. Preuzeto s <https://www.poliklinika-djeca.hr/istrazivanje/godinu-dana-poslije-rezultati-probira-mentalnog-zdravlja-djece-u-zagrebu/> Pristupljeno siječanj, 2023
- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W. i Hellhammer, D.H. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 419–426.
- Burns, D.D. i Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 461–473.
- Calvete, E. i Cardenoso, O. (2002). Self-talk in adolescents: dimensions, states of mind, and psychological maladjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 473–485. doi:10.1023/A: 1016227817041
- Caouette, J.D. i Guyer, A.E. (2013). Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Developmental Cognitive Neuroscience* 8, 65–76.
- Carleton, R.N., Fetzner, M.G., Hackl, J.L. i McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour*

*Therapy*, 42(4), 328. doi: <https://doi.org/1461974619?accountid=45660>

- Carlucci, L., Saggino, A. i Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 87, 101999. doi: 10.1016/j.cpr.2021.101999. Epub 2021 Mar 9. PMID: 34098412.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, Routledge.
- Carson, R.C., Butcher, J.N. i Mineka, S. (1996). *Abnormal Psychology and Modern Life*, Harper Collins.
- Chambless, D.L., Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 24(2), 231-5. doi: 10.1016/0005-7967(86)90098-7. PMID: 3964189.
- Chaplin, T.M., Gillham, J.E., Seligman, M.E. (2009). Gender, Anxiety, and Depressive Symptoms: A Longitudinal Study of Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence* 1, 29(2), 307-327. doi: 10.1177/0272431608320125. PMID: 19756209; PMCID: PMC2743326.
- Cherry, K.M., & Lumley, M.N. (2019). The Longitudinal Stability and Predictive Capability of Positive and Negative Self-Schemas in a Multi-Informant Study of Child and Adolescent Depressive Symptoms and Life Satisfaction. *International Journal of Applied Positive Psychology*.
- Chorpita, B. i Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Chorpita, B.F., Albano, A.M., i Barlow, D.H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85.
- Chorpita, B.F., Plummer, C.P., i Moffitt, C. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 299-310.
- Chorpita, B.F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample, *Journal of Abnormal Child Psychology*. 30(2), 177–190. <https://doi.org/10.1023/A:1014709417132>
- Chorpita, B.F., i Daleiden, E.L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1150-1160.
- Chu, B.C., Merson, R.A., Zandberg, L.J. i Areizaga, M. (2012). Calibrating for comorbidity: clinical decision-making in youth depression and anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice* 19 (1), 5–16.

- Cicchetti, D. i Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221–241.
- Cicchetti, D. i Toth, S.L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50, 16– 25. 10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x [PubMed: 19175810]
- Clapp, J.D., Kemp, J.J., Woodward, M.J. i Beck, J.G. (2020). Distress Variance and Specificity of Symptom Dimensions in Posttraumatic Stress Disorder: a Quadripartite Perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 42, 328-39. [DOI: [10.1007/s10862-019-09772-9](https://doi.org/10.1007/s10862-019-09772-9)]
- Clark, D.A., Beck, A.T. i Stewart, B.L. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 99(2), 148-155.
- Clark, D.A., Steer, R.A. i Beck, A.T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645-654.
- Clark, D.A., Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: *Convergence with neurobiological findings*, 14 (9), 418-424
- Clark, D.M. i Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. U: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, i F.R. Schneier (Ur.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (str. 69–93). The Guilford Press.
- Clark, L.A. (1989). The anxiety and depressive disorders, Descriptive psychopathology and differential diagnosis. U: P.C.Kendall i D. Watson (Ur.) *Anxiety and depression, Distinctive and overlapping features* (str. 83-129). Academic Press.
- Clark, L.A. i Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L.A. i Watson D. (2006). Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the “mood” and “anxiety” disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 481–83.
- Cohen, J.R., Andrews A.R., Davis M.M. i Rudolph K.D. (2018). Anxiety and Depression During Childhood and Adolescence: Testing Theoretical Models of Continuity and Discontinuity. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 46(6), 1295-1308. doi: 10.1007/s10802-017-0370-x. PMID: 29256025; PMCID: PMC6008170.
- Cole, D. A., Truglio, R., i Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait–multimethod–multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 110–119.
- Compas, B.E., Ey, S., i Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence . *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.

- Compas, B.E., Jaser, S.S., Bettis, A.H., Watson, K.H., Gruhn, M.A., Dunbar, J.P. i Thigpen, J.C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, *143*, 1–53.
- Conway, C. C., Forbes, M. K., & South, S. C. (2022). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) Primer for Mental Health Researchers. *Clinical Psychological Science*, *10*(2), 236–258. <https://doi.org/10.1177/21677026211017834>
- Cooper, P.J. i Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence . *British Psychiatry*, *163*, 369-374.
- Copeland, W.E., Angold, A., Shanahan, L. i Costello, E.J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*, 21–33.
- Corr, P.J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality . *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *28*, 317–332.
- Coryell, W., Endicott, J., Andreasen, N.C., Keller, M.B., Clayton, P.J., Hirschfeld, R.M., Scheftner, W.A. i Winokur, G. (1988). Depression and panic attacks: the significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *American Journal of Psychiatry*. *145*(3), 293-300. doi: 10.1176/ajp.145.3.293. PMID: 3344844.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli A., Keeler, G. i Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* *60*, 837–844.
- Costello, E.J., Egger, H.L., i Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 631–648.
- Costello, E.J., Erkanli, A., Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 1263–1271.
- Costello, E.J., Copeland, W.E. i Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(10), 1015-1025. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- Crook, K., Beaver, B.R., i Bell, M. (1998). Anxiety and depression in children: A preliminary examination of the utility of the PANAS-C. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *20*, 333–350.
- Cummings C.M., Caporino M.E. i Kendall P.C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin* *140*(3), 814–845.
- Cuthbert, B.N., Bradley, M.M. i Lang, P.J. (1996). Fear and Anxiety: theoretical distinction

- and clinical test. *Psychophysiology*. 33, 156–161.
- Daleiden, E., Chorpita, B.F., i Lu, W. (2000). Assessment of tripartite factors of emotion in children and adolescents II: Concurrent validity of the affect and arousal scales for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(2), 161–182. <https://doi.org/10.1023/A:1007536507687>
- Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., De Silva, P. i Treasure, J. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211–222.
- Davis, M., Walker, D.L. i Lee, Y. (1997). Amygdala and bed nucleus of the stria terminalis: differential roles in fear and anxiety measured with the acoustic startle reflex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 29;352: 1675-1687 doi: 10.1098/rstb.1997.0149
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap.
- De Bolle, M., Decuyper, M., De Clercq, B. i De Fruyt, F. (2010). Relevance of tripartite dimensions of affect for anxiety and depression in youth: examining sex and psychopathology status. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 38, 935-48.
- De Zambotti, M., Yuksel, D., Kiss O, Barresi, G., Arra, N., Volpe, L, King, C. i Baker F.C. (2022). A virtual reality-based mind–body approach to downregulate psychophysiological arousal in adolescent insomnia. *Digital Health*. 8. doi:[10.1177/20552076221107887](https://doi.org/10.1177/20552076221107887)
- den Hollander-Gijsman, M.E., de Beurs, E., van der Wee, N.J.A., van Rood, Y.R. i Zitman, F. G. (2010). Distinguishing between depression and anxiety: A proposal for an extension of the tripartite model. *European Psychiatry*, 25(4), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.09.005>
- Denny, E.B. i Hunt, R.R. (1992). Affective valence and memory in depression: Dissociation of recall and fragment completion. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 575.
- Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Svjetla grada.
- Dozois, D.J.A. i Beck, AT. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. U: K.S. Dobson i D.J.A. Dozois (Ur.), *Risk factors in depression* (str. 121-143). Elsevier.
- Drnda, M. (2022), *Povezanost metakognicija, anksioznosti i depresivnosti*. (Neobjavljeni magistarski rad). Odsjek za psihologiju, Univerzitet u Sarajevu
- Ehrenreich-May, J. i Chu, B.C. (2014). Overview of transdiagnostic mechanisms and treatments for youth psychopathology. U: J. Ehrenreich-May i B. C. Chu. *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice* (str. 3-14). Guilford Press.
- Ehring, T. i Watkins, E.R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process.



- Eisenberg, N., Martin, C.L. i Fabes, R.A. (1996). Gender development and gender effects. U: D.C. Berliner i R.C. Calfee (Ur.) *Handbook of educational psychology*. (str. 358-396). Macmillan Library Reference
- Epkins, C.C. i Heckler, D.R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 329-376. doi: DOI 10.1007/s10567-011-0101-8
- Erskine, H.E., Moffitt, T.E., Copeland, W.E., Costello, E.J., Ferrari, A.J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T, Whiteford, H.A. i Scott, J.G. (2015) A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*. 45, 1551–63.
- Esser, G. (1999). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school aged children: Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 243-263.
- Eysenck, M.W. i Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion* 32(7), 1391-1400. doi: 10.1080/02699931.2017.1330255. Epub 2017 Jun 13. PMID: 28608767.
- Ezpeleta, L., Domenech, J.M. i Angold, A. (2006). A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47, 704–712.
- Fabes, R.A. i Martin, C.L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(5), 532–540. <https://doi.org/10.1177/0146167291175008>
- Feldhaus, C.G., Jacobs, R.H., Watkins, E.R., Peters, A.T., Bessette, K. i Langenecker, S.A. (2020). Rumination-focused cognitive behavioral therapy decreases anxiety and increases behavioral activation among remitted adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 29(7):1982-1991. doi: 10.1007/s10826-020-01711-7. Epub 2020 Apr 28. PMID: 33737799; PMCID: PMC7968389.
- Figueras Masip A., Amador-Campos J.A., Gómez-Benito J., del Barrio Gándara V. (2010) Psychometric properties of the Children's Depression Inventory in community and clinical sample. *Spanish Journal of Psychology*. Nov;13(2):990-9. doi: 10.1017/s1138741600002638. PMID: 20977046.
- Finch, A.J., Saylor, C.F. i Edwards, G.L. (1985). Children's Depression Inventory: Sex and Grade Norms for Normal Children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (3), 424-425.
- Finch, A.J., Jr., Lipovsky, J.A., i Casat, C.D. (1989). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity or separate constructs? U: P. C. Kendall i D. Watson (Ur.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (str. 171–202). Academic Press.

- Finsaas, M.C., Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A. i Klein, D.N. (2018). Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychological Medicine*, 48, 2159–2168.
- Fitch, S.K. (2001). *Child development in the 21st century*. North West Publishing.
- Forbes E.E. i Dahl R.E. (2005). Neural systems of positive affect: Relevance to understanding child and adolescent depression? *Development and Psychopathology*.17, 827–850.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: assessments of development*. International Universities Press.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. i Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Friedberg, R.D. i McClure, J.M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents*. The Guilford Press.
- Fulgosi, A. (1987). *Psihologija ličnosti: teorije i istraživanja*. Školska knjiga.
- Galla, B.M., Tsukayama, E., Park, D., Yu, A., i Duckworth, A.L. (2020). The mindful adolescent: Developmental changes in nonreactivity to inner experiences and its association with emotional well-being. *Developmental Psychology*, 56(2), 350-363. <https://doi.org/10.1037/dev0000877>
- Garber, J. i Weersing, V.R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221>.
- Ghandour R.M., Sherman L.J., Vladutiu C.J., Ali M.M., Lynch S.E., Bitsko R.H. i Blumberg, S.J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of Pediatrics*. 206, 256–67 DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.09.021
- Goodyer, I.M. (1996). Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence *Journal of Psychosomatic Research* 41(5), 405-8.
- Gotlib I.H. i Cane D.B. (1989). Self -report assessment of depression and anxiety. U: P.C. Kendall i D. Watson (Ur.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (str. 131-169). Academic Press, Inc.
- Griffith, J.W., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Mineka, S., Rose, R.D., Waters, A.M. i Sutton J.M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*. 40, 1125– 1136. 10.1017/S0033291709991449 [PubMed: 19903363]
- Hammen, C. i Rudolph, K.D. (2003). Childhood Mood Disorders. U: E.J. Mash i R.A. Barkley. (Ur.). *Child psychopathology 2nd ed* (str. 233–278). The Guilford Press.

- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. i Angell, K.E. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Hankin, B.L., Young, J.F., Abela, J.R., Smolen, A., Jenness, J.L., Gulley, L.D., Technow, J.R., Gottlieb, A.B., Cohen, J.R. i Oppenheimer, C.W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal of Abnormal Psychology*. 124, 803–816.
- Haraden, D.A., Mullin, B.C. i Hankin, B.L. (2019). Internalizing symptoms and chronotype in youth: A longitudinal assessment of anxiety, depression and tripartite model. *Psychiatry Research* 272, 797-805. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.117. Epub 2018 Dec 27. PMID: 30832201; PMCID: PMC6498437.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. i Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., Hill J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3):434-9.
- Harrington, R. i Dubicka, B. (2001). Natural history of mood disorders in children and adolescents. U: I. M. Goodyer (Ur.), *The depressed child and adolescent*, 2nd ed. (str. 353-381). Cambridge University Press.
- Havinga, P.J., Maciejewski, D.F., Hartman CA, Hillegers MHJ, Schoevers RA, i Penninx BWJH. (2021). Prevention programmes for children of parents with a mood/anxiety disorder: Systematic review of existing programmes and meta-analysis of their efficacy. *British Journal of Clinical Psychology* 60(2), 212-251. doi: 10.1111/bjc.12277. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33410149; PMCID: PMC8248072.
- Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C. i Taylor, C.B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207-214. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200002000-00021>
- Ho, S.M., Dai, D.W.T., Mak, C. i Liu, K.W.K. (2018). Cognitive factors associated with depression and anxiety in adolescents: A two-year longitudinal study. *International journal of clinical and health psychology*, 18(3), 227-234.
- Hogendoorn, S.M., Wolters, L.H., Vervoort, L, Prins, P.J., Boer, F, Kooij, E. de Haan E. (2010) Measuring Negative and Positive Thoughts in Children: An Adaptation of the Children's Automatic Thoughts Scale (CATS). *Cognitive Therapy and Research* 2010 Oct;34(5):467-478. doi: 10.1007/s10608-010-9306-2.
- Hollenstein, T., Colasante, T. i Lougheed, J.P. (2021). Adolescent and maternal anxiety symptoms decreased but depressive symptoms increased before to during COVID-19 lockdown. *Journal of Research on Adolescence*. 31, 517–30. doi: 10.1111/jora.12663

- Hong, R.Y. i Cheung, M.W.-L. (2015). The Structure of Cognitive Vulnerabilities to Depression and Anxiety: Evidence for a Common Core Etiologic Process Based on a Meta-Analytic Review. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892–912. <https://doi.org/10.1177/2167702614553789>.
- Hope, D.A., Gansler, D.A. i Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9, 49–60.
- Horvat N. (2018) *U mojoj glavi*, Teatar Tirena
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (1994). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (10. revizija, svezak I)*. Medicinska naklada.
- Huebner, E. S. i Dew, T. (1995). Preliminary validation of the positive and negative affect schedule with adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13, 286–293.
- Hughes, A.A., Heimberg, R.G., Coles, M.E., Gibb, B.E., Liebowitz, M.R. i Schneier, F.R. (2006). Relations of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1629-1641. [10.1016/j.brat.2005.10.015](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.015).
- Ingram, R.E., Smith, T.W., i Brehm, S.S. (1983). Depression and information processing: Self-schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- Ingram, R.E., i Wisnicki, K.S. (1988). Assessment of positive automatic cognition . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 898-902
- Ingram, R.E., Miranda, J. i Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Press
- Ingram, R.E., Miranda, J. i Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. U: L.B. Alloy i J.H. Riskind (Ur.) *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (str. 63-91). Erlbaum.
- Issler, C.K., Sant'Anna, M.K., Kapczinski, F. i Lafer, B. (2004). Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 31–6. [10.1590/S1516-44462004000700008 \[PubMed: 15597137\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15597137/)
- Jacques, H.A.K. i Mash, E. (2004). A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Abnormal Child Psychology*, 32, 13-25.
- Jakupčević, K.K., i Živčić-Bećirević, I. (2016). Kognitivni i metakognitivni procesi u depresivnom poremećaju. *Socijalna Psihijatrija*, 44(3), 185–195.
- Janssens, K.M., Rosmalen, J.M., Ormel, J., van Oort, F.A., i Oldehinkel, A.J. (2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 304–312. [doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02174.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02174.x)

- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S., Burnam, M. A. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*, *124*(4), 596-605. doi: 10.1542/peds.2008-3348
- Joiner, T.E., i Blalock, J.A. (1995). Gender differences in depression: The role of anxiety and generalized negative affect. *Sex Roles* *33*(1-2), 91–108. <https://doi.org/10.1007/BF01547937>
- Joiner, T.E., Jr. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, *20*, 521–539.
- Joiner, T.E., Jr., Catanzaro, S.J., i Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 401–409
- Joiner, T.E., Blalock, J.A. i Wagner, K.D. (1999). Preliminary examination of sex differences in depressive symptoms among adolescent psychiatric inpatients: the role of anxious symptoms and generalized negative affect. *Journal of Clinical Child Psychology* *28*(2), 211-9.
- Joiner, T.E., Jr., Steer, R.A., Beck, A.T., Schmidt, N.B., Rudd, M.D. i Catanzaro, S.J. (1999). Physiological hyperarousal: Construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(2), 290–298. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.290>
- Joiner, T.E., Jr., i Lonigan, C.J. (2000). Tripartite model of depression and anxiety in youth psychiatric inpatients: Relations with diagnostic status and future symptoms. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 372–382.
- Jokić-Begić, N. (2021). Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi. U: I. Begovac (Ur.). *Dječja i adolescentna psihijatrija* (str. 1009-1021). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Jolly, J.B., Dyck, M.J., Kramer, T.A., i Wherry, J.N. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specificity: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(3), 544-552.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., & von Knorring, A. L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *130*(3), 395-404. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.046
- Joormann, J., i Siemer, M. (2004). Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: difficulties in repairing sad mood with happy memories? *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 179-188.
- Joormann, J. (2005). Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. U: R. W. Engle, G. Sedek, U. von Hecker, i D. N. McIntosh (Ur.), *Cognitive Limitations in Aging and Psychopathology: Attention, Working Memory, and Executive Functions* (str. 275-

312). Cambridge Univ Press.

- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V. i Lazić, M. (2021). Can adolescents differentiate between depression, anxiety and stress? Testing competing models of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Current Psychology* 40, 6045–6056. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00540-2>
- Kalmbach, D.A., Pillai, V. i Ciesla, J.A. (2015). The correspondence of changes in depressive rumination and worry to weekly variations in affective symptoms: A test of the tripartite model of anxiety and depression in women. *Australian Journal of Psychology* 68 (1), 52-60
- Kalmbach, D.A., Pillai, V., Kingsberg, S.A. i Ciesla, J.A. (2015). The Transaction Between Depression and Anxiety Symptoms and Sexual Functioning: A Prospective Study of Premenopausal, Healthy Women. *Archives of Sexual Behavior* 44(6), 1635-49. doi: 10.1007/s10508-014-0381-4. Epub 2014 Nov 18. PMID: 25403320.
- Kalmbach, D.A., Pillai, V. i Ciesla, J.A. (2016). Depression, anxiety, and negative repetitive thought. *Australian Journal of Psychology*, 68, 52-60. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12090>
- Kashani, J.H. i Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 147, 313-318.
- Kazdin, A.E. i Marciano, P.L. (1998). Childhood and Adolescent Depression. U: E.J. Mash i R.A. Barkley. (Ur.). *Treatment of Childhood Disorders* (str. 211–248). Guilford Press.
- Keefer, L.A., Brown, M., McGrew, S.J. i Reeves, S.L. (2018). Growth motivation moderates a self-serving attribution bias in the health domain. *Personality and Individual Differences*, 134, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.047>
- Kendall, P.C. i Hollon, S.D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. U: P.C. Kendall i S.D. Hollon (Ur.) *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (str. 85-118). Academic Press, Inc.
- Kendall, P.C. i Watson, D (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. Academic Press, Inc.
- Kendall, P.C. i Treadwell, K. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 380-389.
- Kendall, P.C., Compton, S.N., Walkup, J.T., Birmaher, B., Albano, A.M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J. i Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*. 24(3):360-5. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.009. Epub 2010 Feb 6. PMID: 20206470; PMCID: PMC2838990.
- Kendler, K.S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder, Same genes,

- (partly) different environments – revisited. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.30), 68-75.
- Keresteš, G. (2006). Učiteljske procjene problematičnosti i učestalosti emocionalnih teškoća i teškoća u ponašanju kod učenika nižih razreda osnovne škole [Teachers' perceptions of emotional and behavioral difficulties of lower grades elementary school students]. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 42(1), 3–15.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. i Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 768-768.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. i Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6), 617–27.
- Kiernan, G., Laurent, J., Joiner Jr., T.E., Catanzaro S.J. i MacLachlan, M. (2001). Cross-Cultural Examination of the Tripartite Model With Children: Data From the Barretstown Studies, *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 359-379, DOI: 10.1207/S15327752JPA7702\_15
- Klaufus, L., Verlinden, E., van der Wal, M., Cuijpers, P., Chinapaw, M. i Smit, F. (2022). Adolescent anxiety and depression: burden of disease study in 53,894 secondary school pupils in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 22, 225. doi: 10.1186/s12888-022-03868-5. PMID: 35354437; PMCID: PMC8969267.
- Klein, R.G. (1994). Anxiety Disorders. U: M. Rutter, E. Taylor I L. Hersov (Ur.) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches* (str. 285-307).
- Kline, R.B. (2010) *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press.
- Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece . *Medicus*, 13 (1), 89-93.
- Kölch, M., Fegert, J.M. i Freyberger, H.J. (2009). Affektive Störungen. U: J.M. Fegert, A. Streeck-Fischer i H.J. Freyberger. *Adoleszenz- psychiatrie* (str. 261-277). Schttauer GmbH
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kovacs, M. (1986). A developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: The clinical intervju. U: M. Rutter, C. Izard, i P. Read (Ur.), *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives* (str. 435–468). Guilford.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S.L. i Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 776-82.



- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory (CDI) manual*. Multi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M. i Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47–63. <https://doi.org/10.1017/S0021963097001765>
- Krueger R.F., Markon KE. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2, 111-33. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213.
- Lahey, B.B., Applegate, B., Waldman, I.D., Loft, J.D., Hankin, B.L. i Rick, J. (2004). The structure of child and adolescent psychopathology: Generating new hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology* 113, 358–385. [PubMed: 15311983]
- Lakdawalla, Z., Hankin, B., i Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in adolescents and children: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 10(1), 1-24
- Lakdawalla, Z., Hankin, B.L. i Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: a conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 10(1), 1-24. doi: 10.1007/s10567-006-0013-1. PMID: 17318382.
- Lambert, S.F., McCreary, B.T., Joiner, T.E., Schmidt, N.B. i Ialongo, N.S. (2004). Structure of anxiety and depression in urban youth: An examination of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 904–908
- Last, C.G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A.E. i Strauss, C.C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M. i Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Last, C.G., Hansen, C. i Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36, 645–652.
- Laurent, J., Potter, K., i Catanzaro, S. J. (1994). Assessing positive and negative affect in children: The development of the PANAS-C. Seattle: Paper presented at the 26th annual convention of the National Association of School Psychologists.
- Laurent, J., Catanzaro, S.J., Joiner, T.E., Jr., Rudolph, K.D., Potter, K.I., Lambert, S., Osborne, L. i Gathright, T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 326–338. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.326>
- Laurent, J., i Ettelson, R. (2001). An examination of the tripartite model of anxiety and



- depression and its application to youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 209–230.
- Laurent, J. i Catanzaro, S. (2002). Cross-cultural examination of the tripartite model with children. Data from the Barretstown studies. *Journal of Personality Assessment*, 78(3).
- Laurent, J., Catanzaro, S.J. i Joiner, T.E.Jr. (2004). Development and Preliminary Validation of the Physiological Hyperarousal Scale for Children Psychological application to youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 209–230.
- Lebedina Manzoni, M. (2005). Poremećaji emocija. *Dijete i društvo*, 7 (1), 76–102.
- Leen-Feldner, E.W., Zvolensky, M.J., Feldner, M.T. i Lejuez, C.W. (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity, *Personality and Individual Differences*, 36 (6), 1235-1247. ISSN 0191-8869, [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00113-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00113-7).
- Lerner J., Safren S.A., Henin A., Warman M., Heimberg R.G. i Kendall P.C. (1999). Differentiating anxious and depressive self statements in youth: Factor structure of the Negative Affect Self - Statement Questionnaire among youth referred to an anxiety disorders clinic, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol.28, No.1, 82-93.
- Levy, H.C., O'Bryan, E.M. i Tolin, D.F. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 81, 102407. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102407. Epub 2021 Apr 22. PMID: 33915506.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., Lewinsohn, M. A., Seeley, J. R., i Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117
- Lewinsohn, P.M., Joiner, T.E Jr, and Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 110: 203–215.
- Li, Y., Zhou, Y., Ru, T.T., Niu, J.X., He, M.H. i Zhou, G.F. (2021). How does the COVID-19 affect mental health and sleep among Chinese adolescents: a longitudinal follow-up study. *Sleep Medicine* 85, 246–58. doi: 10.1016/j.sleep.2021.07.008
- Little, T.D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. Guilford press.
- Lokkerbol, J., Adema, D., de Graaf, R., ten Have, M., Cuijpers, P., Beekman, A. i Smit, F. (2013). Non-fatal burden of disease due to mental disorders in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, 1591–9.
- Lonigan, C.J., Carey, M.P. i Finch, A.J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility of self-reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1000–1008.
- Lonigan, C.J., Hooe, E.S., David, C.F. i Kistner, J.A. (1999). Positive and negative affectivity in children: Confirmatory factor analysis of a two-factor model and its relation to

- symptoms of anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 374–386.
- Lonigan, C.J., Phillips, B.M. i Hooe, E.S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 465–481.
- Lu, W. (2019). Adolescent depression: National trends, risk factors, and healthcare disparities. *American Journal of Health Behavior*. 43(1), 181-194. doi:[10.5993/AJHB.43.1.15](https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15)
- Lyubomirsky, S., i Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176–190. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.176>
- Lydiard, R.B. (1991). Coexisting depression and anxiety, Special diagnostic and treatment issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (suppl.6), 48-54.
- Macuka, I. (2008). Uloga dječje percepcije roditeljskoga ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. *Društvena istraživanja*, 17 (6), 1179-1202.
- Macuka, I., Smojver Ažić, S. i Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja*, 2 (116), 383-403.
- Mahoney, A.J. i McEvoy, P.M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 41, 212-222. [10.1080/16506073.2011.622130](https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130) [PubMed: 22032195]
- Maji S. (2018) Society and ‘good woman’: a critical review of gender difference in depression. *International Journal of Social Psychiatry*.;64(4):396–405.
- Mak, W.W.S., Ng, I.S.W., & Wong, C.C.Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 610–617. <https://doi.org/10.1037/a0025195>
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P. i Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-65.
- Marien, W.E. i Bell, D.J. (2004) Anxiety and Depression Related Thoughts in Children: Development and Evaluation of a Cognition Measure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 717-730
- Marinović, L., Vulić-Prtorić, A. (2000). Usporedba dviju skala dječje depresivnosti s obzirom na neke psihometrijske karakteristike. *Papers on Philosophy Psychology Sociology and Pedagogy* 39(16), 155-177
- Martin, R.P. (1988). *Assessment of Personality and Behaviour Problems from Infancy*

- through Adolescence*, The Guilford Press.
- Martin, L.L., Tesser, A. i McIntosh, W.D. (1993). Wanting but not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. U: D.M. Wegner i J.W. Pennebaker (Ur.), *Handbook of Mental Control* (str. 552-572). Prentice-Hall, Inc.
- Martin, R.P., Wisenbaker, J. i Hutten, M. (1994) Review of Factor Analytic Studies of Temperament Measures Based on the Thomas – Chess Structural Model: Implications for the Big Five. U: D.F. Halverson Jr., G.A. Kohnstamm i R.P. Martin. (Ur.), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood* (str. 157-173). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Martin, LL. i Tesser, A. (1996). *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*. Erlbaum.
- Mathews, A., i MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Matković, I. (2014). *Depresija kod djece i adolescenata*. (Neobjavljeni diplomski rad). Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Matt, G.E., Vázquez, C. i Campbell, W.K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12(2), 227-255.
- Mattejat, F. i Schulte-Markwort, M. (2013). *Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie systematisch. 5. Auflage*. UNI-MED.
- Matthews, G., Hillyard, E.J. i Campbell, S.E. (1999). Metacognition and Maladaptive Coping as Components of Test Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 111–125.
- Matthews, G. i Wells, A. (2004). Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. U: C. Papageorgiou i A. Wells (Ur.), *Rumination: Nature, theory, and treatment*, (str. 125-151). Wiley.
- McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E.R., i Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320. doi:10.1016/j.jad.2013.06.014
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A. i Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619
- McLaughlin, K.A. i Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 49, 186–193. 10.1016/j.brat.2010.12.006 [PubMed: 21238951]
- MKB-10 (1994). Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema : MKB-10 - deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada.

- Merikangas, K.R., i Avenevoli, S. (2002). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. U: M. T. Tsuang i M. Tohen (Ur.) *Textbook in psychiatric epidemiology* (str. 657-704). Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/0471234311.ch24>
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., i Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Milling, L.S. (2001). Depression in Preadolescents. U: C.E. Walker i M.C. Roberts (Ur.), *Handbook of Clinical Psychology* (str. 373-390). John Wiley and sons.
- Mineka, S., Watson, D. i Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology* 49, 377-412. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377. PMID: 9496627.
- Mirza, K.A., Michael, A. (1996). Major depression in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 55(1-2), 57-61.
- Miščević, M. (2007). *Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske djece*, (Neobjavljen diplomski rad.) Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Muslić, Lj (ur) i sur (2019): Pomozi da promicanje mentalnog zdravlja djece - program zdravstvenoga opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih - priručnik za provedbu programa / voditeljica projekta Sanja Musić Milanović, urednica Ljiljana Muslić. Impresum Zagreb : Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- National Institute of Mental Health. Prevalence of Major Depressive Episode Among Adolescents. podaci iz 2020., objavljeno 2022, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression> pristupljeno rujan, 2022.
- Nelemans, S.A., Hale, W.W., Branje, S.J.T., Meeus, W.H.J., i Rudolph, K.D. (2018). Individual differences in anxiety trajectories from Grades 2 to 8: Impact of the middle school transition. *Development and Psychopathology*, 30, 1487–1501.
- Neufang, S., Specht, K., Hausmann, M., Güntürkün, O., Herpertz-Dahlmann, B., Fink, G.R. i Konrad, K. (2009). Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. *Cerebral Cortex*. 19(2):464-73. doi: 10.1093/cercor/bhn100. Epub 2008 Jun 11. PMID: 18550597.
- Neumann, A., van Lier, P.A.C., Gratz, K.L., i Koot, H.M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138–149.
- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A. I Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Naklada Slap.

- Nilzon, K.R. i Palmerus, K. (1997). Anxiety in Depressed School-children, *School Psychology International* 18(2), 165-178.
- Noguchi, K., Gohm, C.L. i Dalsky, D.J. (2006). Cognitive tendencies of focusing on positive and negative information. *Journal of Research in Personality*, 40, 891-910.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. i Seligman, M.E.P. (1992). Predictors and consequences childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- Nolen-Hoeksema, S. i Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(6), 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S. i Girgus, J.S. (1994). The Emergence of Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443
- Nolen-Hoeksema, S. i Davis, C.G. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-11.
- Nolen-Hoeksema, S. i Jackson, B. (2001). Mediators of the Gender Difference in Rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 37–47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. U: C. Papageorgiou i A. Wells (Ur.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (str. 105-123). John Wiley & Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., i Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Novak, M., Bašić, J. (2008). Internalizirani problem kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498.
- Novović, Z. (2004). Anksiozni i depresivni poremećaji - jedan, dva ili tri poremećaja. *Psihologija*, 37, 251-267.
- Novović, Z., Gavrilov, V., Tobilović, S., i Biro, M. (2005). Struktura kognitivnih sadržaja anksioznih i depresivnih pacijenata. *Psihologija*, 38, 327-343.
- Oatley, K. i Jenkins, J.M. (2003). *Razumijevanje emocija*. Naklada Slap.

- Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (2021) Preliminarni rezultati drugog vala (studeni/prosinac 2020.) istraživačkog projekta “Kako smo? Život u Hrvatskoj u doba korone” <https://www.kakosi.hr/wp-content/uploads/2022/02/Kako-smo-Rezultati-drugog-vala-istrazivanja-jesen-2020.pdf> pristupljeno siječanj, 2023.
- Oland A., Shaw D. (2005). Pure versus cooccurring Externalizing and internalizing symptoms in children: Potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (4), 247-270.
- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A., i Singh, K. (2003). Anxiety and depression in children and adolescents: A factor-analytic examination of the tripartite model. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 157-170.
- Ollendick, T.H., Shortt, A.L. i Sander, J.B. (2005). Internalizing disorders of childhood and adolescence. U: J.E. Maddux, B.A. Winstead (Ur.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. (str. 353-376) Lawrence Erlbaum.
- Ormel, J., Raven, D., van Oort, F., Hartman, C.A., Reijneveld, S.A., Veenstra, R., Vollebergh, W.A.M., Buitelaar, J., Verhulst, F.C. i Oldehinkel, A.J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and comorbidity of DSM disorders. *Psychol Med*. 45, 345–60.
- Osman A, Besett T. M., Osman J. R., Troutman J.A., i Grittmann L. (1995). Systemic evaluation of psychometric properties of the cognition checklist with college students. *Psychol Rep* 76, 523–528.
- Papageorgiou, C, i Wells, A. (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. John Wiley & Sons.
- Papageorgiou, C. (2006). Worry and rumination: Styles of persistent negative thinking in anxiety and depression. U: G.L.C. Davey i A. Wells (Ur.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment, and treatment* (str. 21–40). Wiley
- Pataki, C.S. i Carlson, G.A.(1995). Childhood and Adolescent Depression: A Review. *Harvard Review of Psychiatry* 3(3), 140-51.
- Paus, T., Keshavan, M. i Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*. 9(12);, 47-57. doi: 10.1038/nrn2513. Epub 2008 Nov 12. PMID: 19002191; PMCID: PMC2762785.
- Peñate, W., González-Loyola, M. i Oyanadel, C. (2020). The Predictive Role of Affectivity, Self-Esteem and Social Support in Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(19):6984. doi: 10.3390/ijerph17196984. PMID: 32987749; PMCID: PMC7579137.
- Petanjek, Z., Hromatko, I., Sedmak, D. i Hladnik, A. (2021). Razvojna razdoblja kore velikog mozga i razvoj mentalnih procesa. U: I. Begovac (Ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

- Petz, B. (2004). *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Naklada Slap.
- Pfeifer, J.H. i Allen, N.B. (2020). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry* 89(2), 99-108. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.09.002. Epub 2020 Sep 9. PMID: 33334434; PMCID: PMC8494463.
- Phillips, B. M., Lonigan, C. J., Driscoll, K. i Hooe, E. S. (2002). Positive and negative affectivity in children: A multitrait–multimethod investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 465–479.
- Pizzie R.G i Kraemer D.J.M. (2021). The Association Between Emotion Regulation, Physiological Arousal, and Performance in Math Anxiety. *Frontiers in Psychology* 12, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.639448>
- Pizzoli, S.F.M., Mazzocco, K., Triberti S., Monzani, D., Alcañiz Raya, M.L. i Pravettoni, G. (2019). User-centered virtual reality for promoting relaxation: an innovative approach. *Frontiers in Psychology* 10:479. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00479>
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. i Rohde, L.A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pössel, P. i Smith, E. (2022). Integrating Beck's Cognitive Theory of Depression and the Hopelessness Model in an Adolescent Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 48(3), 435-451. doi: 10.1007/s10802-019-00604-8. PMID: 31832835.
- Qanbari Alae, E., Saed, O., Khakpoor, S., Ahmadi, R., Ali Mohammadi, M., Yoosefi Afrashteh, M. i Morovati, Z. (2022). The efficacy of transdiagnostic cognitive behavioural therapy on reducing negative affect, anxiety sensitivity and improving perceived control in children with emotional disorders - a randomized controlled trial. *Research in Psychotherapy* 25(1):588. doi: 10.4081/ripppo.2022.588. PMID: 35532025; PMCID: PMC9153761.
- Racine, N., McArthur, B.A., Cooke, J.E., Eirich, R., Zhu, J. i Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 175(11), 1142-1150. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482. PMID: 34369987; PMCID: PMC8353576.
- Raes, F., Griffith, J., Van der Gucht, K., i Williams, J. M. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477-486. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. i Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 311–341.
- Rapport, D.M., Denney B.C., Chung, K., Hustace, K. (2001). Behavior Problems and Scholastic Achievement in Children: Cognitive and Behavioral Pathways as Mediators



- of Outcome. *Internalizing Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4), 536 – 551.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141–153.
- Reynolds, C.R., i Richmond, B.O. (1985) Revised Children’s Manifest Anxiety Scales (RCMAS). Los Angeles: Western Psychological Services. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5(1), 77–80.
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual.* Psychological Assessment Resources.
- Richman, N., Graham, P. J. i Stevenson, J. E. (1982). *Pre-school to school: a behavioural study*, New York: Graham Academic Press, London.
- Riepenhausen, A., Wackerhagen, c., Reppmann, Z.C., Deter, H.C., Kalisch, R., Veer, I. M. i Walter, H. (2022). Positive Cognitive Reappraisal in Stress Resilience, Mental Health, and Well-Being: A *Comprehensive Systematic Review*. SAGE Journals. Collection. <https://doi.org/10.25384/SAGE.c.6113516.v1>
- Riskind, J.H., Beck, A.T., Brown, G. i Steer, R.A.S. (1987). Taking the measure of anxiety and depression, validity of the reconstructed Hamilton scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175,474-479
- Riva, G. i Serino, S. (2020). Virtual reality in the assessment, understanding and treatment of mental health disorders. *Journal of Clinical Medicine* 9(11), 3434. <https://doi.org/10.3390/jcm9113434>
- Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 251–263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.09.001>
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Penelo, E., Zolog, T.C., i Domènech-Llaberia, E. (2013). Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *Journal of Mental Health* 22 (1), 33-41. PMID: 23343045 <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734655>
- Ronan, K.R., Kendall, P.C. i Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 509-528.
- Roth, M., Mountjoy, C. (1999). Classification and diagnosis of anxiety and depressive disorders and some implications for clinical practice and enquiry, *Human Psychopharmacology and Clinical Experimentation*, 14, S60-S71.
- Rothen, S., Vandeleur, C. L., Lustenberger, Y., Jeanprêtre, N., Ayer, E., Sisbane, F., Fornerod, D., Chouchena, O., Gamma, F., Halfon, O., Ferrero, F., & Preisig, M. (2008). Validation of the French version of the EPQ-Junior. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 464–474. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.011>



- Roussis, P. i Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111–122.
- Rutter, M., i Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Ryan, N.D., Williamson, D.E., Iyengar, S., Orvaschel, H., Reich, T., Dahl, R.E. i Puig-Antich J. (1992). A Secular Increase in Child and Adolescent Onset Affective Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31(4), 600-5.
- Sadler, L.S. (1991). Depression in Adolescents. Context, Manifestations, and Clinical Management. *Nurs Clin North Am* 26(3), 559-72.
- Saed, O., Purehsan, S. i Akbari, S. (2010). Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety - Depression symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1685–1689
- Salk, R.H., Hyde, J.S. i Abramson, L.Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms., *Psychological Bulletin*. 143(8), 783-822. doi: 10.1037/bul0000102. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28447828; PMCID: PMC5532074.
- Salomon, J.A., Haagsma, J.A., Davis, A., de MaertensNoordhout, C., Polinder, S., Havelaar, A.H., Cassini A., Devleeschauwer, B., Kretzschmar, M., Speybroeck, N., Murray, C.J.L. i Vos, T. (2015). Disability weights for the global burden of disease 2013 study. *Lancet Global Health*. 3, e712-23.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M.D., Sun, W. i Gieddet, J.N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 760-5.
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. i Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth-a systematic review. *Child Adolescent Mental Health*. 27, 173–89. doi: 10.1111/camh.12501
- Schniering, C.A. i Rapee, R.M. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The children's automatic thoughts scale. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(9):1091–1109. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00022-0.
- Schniering, C.A. i Rapee, R.M. (2020). Evaluation of a transdiagnostic treatment for adolescents with comorbid anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders Reports* 100026:1-8. 10.1016/j.jadr.2020.100026.
- Scholte, R. H. J., & De Bruyn, E. E. J. (2001). The Revised Junior Eysenck Personality Questionnaire (JEPQ-R): Dutch replications of the full-length, short, and abbreviated forms. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 615–625. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00166-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00166-5)

- Schwartz, R.M. i Garamoni, G.L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information-processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*, 9, 271-294.
- Seddon, J.A., Rodriguez, V.J., Provencher, Y., Raftery-Helmer, J., Hersh, J., Labelle, P.R. i Thomassin, K. (2020). Meta-analysis of the effectiveness of the Trier Social Stress Test in eliciting physiological stress responses in children and adolescents. *Psychoneuroendocrinology*, 116, 104582. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104582>
- Segarra, P., Poy, R., López, R. i Moltó, J. (2014). Characterizing Carver and White's BIS/BAS subscales using the Five Factor Model of personality. *Personality and Individual Differences*, 61/62, 18–23.
- Seligman, M.E. i Schulman, P. (1986). Explanatory style as a predictor of productivity and quitting among life insurance sales agents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(4), 832–838. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.4.832>
- Shafii, M. i Shafii, S.L. (1992). Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. U: M. Shafii i S.L. Shafii (Ur.), Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents (str. 3-42). American Psychiatric Press.
- Siess, J., Blechert, J., i Schmitz, J. (2014). Psychophysiological arousal and biased perception of bodily anxiety symptoms in socially anxious children and adolescents: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(3), 127–142. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0443-5>
- Sisk, C.L. i Zehr, J.L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology* 26(3-4),163-74.
- Smucker, M.R., Craighead, W.E. Craighead, L.W. i Green, B.J. (1986). Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (1), 25-39. doi: 10.1007/BF00917219. PMID: 3950219.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G.S., Shin, J.I., Kirkbride, J.B., Jones, P., Kim, J.H., Kim, J.Y., Carvalho, A.F., Seeman, M.V., Correll, C.U. i Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
- Sorensen, M.J., Nissen, J.B., Mors, O. i Thomsen, P.H. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: An incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*. 84, 85–91.
- Spence, S.H., Zubrick, S.R. i Lawrence, D. (2018). A profile of social, separation and generalized anxiety disorders in an Australian nationally representative sample of children and adolescents: Prevalence, comorbidity and correlates. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 446–460.

- Spielberg, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J. i Platzek, D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Consulting Psychologists Press. <https://doi.org/10.1037/t06497-000>
- Spielberger, C.D. i Rickman, R.L. (1990). Assessment of state and trait anxiety. U: Sartorius, N., Andreoli, V., Cassano, G. et al. (Urd.), *Anxiety: Psychobiological and Clinical Perspectives* (str. 69). Hemisphere Publishing Corporation.
- Stanton, K. i Watson, D. (2014). Positive and negative affective dysfunction in psychopathology. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(9), 555-567.
- Stanton, K., i Watson, D. (2015). Replicable facets of positive emotionality and their relations to psychopathology. *Assessment*, 22(6), 665–680. <https://doi.org/10.1177/1073191114552471>
- Stark, K.D. i Laurent, J. (2001). Joint factor analysis of the children's depression inventory and the revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 552–567.
- Starr, L.R., i Davila, J. (2012). Responding to anxiety with rumination and hopelessness: Mechanism of anxiety-depression symptom co-occurrence? *Cognitive Therapy and Research*, 36(4), 321–337. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9363-1>
- Steer, R.A., Clark, D.A., Beck, A.T. i Ranieri, W.F. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 104(3), 542-545.
- Steinsbekk, S., Ranum, B. i Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 63(5), 527-534. doi: 10.1111/jcpp.13487. Epub 2021 Jul 27. PMID: 34318492.
- Stewart, S.H. i Baker, J.M. (1999). Gender differences in anxiety sensitivity. *Anxiety Disorders Association of America Reporter*, 10(3), 1, 17-18.
- Stone, E.A., Lin, Y., Sarfraz, Y i Quartermain, D. (2011). The role of the central noradrenergic system in behavioral inhibition. *Brain research reviews*, 67, 193-208.
- Sund, A.M., Larsson B., Wichstrøm L. (2011), Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*;5-28.
- Szentmartoni, M. (1985). Kognitivna psihoterapije, osnovne postavke i pregled tehnika, U: Anić, N. (Ur.), *Praktikum iz biheviior terapije III* Društvo psihologa Hrvatske.
- Talkovsky, A.M., i Norton, P.J. (2014). Mediators of transdiagnostic group cognitive behaviour therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 919-924
- Tang, X., Tang, S., Ren, Z. i Wong, D. F. K. (2020). "Psychological risk and protective factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in

China: A systematic review and meta-analysis”: Corrigendum. *Children and Youth Services Review*, 116, Article 104977. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104977>

- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. U: A. H Tuma. i J. D. Maser (Urd.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*, (str. 681–706), Erlbaum.
- Topper, M., Emmelkamp, P.M.G., Watkins, E. i Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 123–136. doi:10.1016/j.brat.2016.12.015
- Toro, R. A., Avendaño-Prieto, B. L. i Vargas, N. (2020). Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, uncertainly intolerance, and anxiety sensitivity. *Rev. CES Psico*, 13(1), 140-152.
- Treynor, W., Gonzalez, R. i Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Trosper, S.E., Whitton S.W., Brown T.A. i Pincus D.B. (2012). Understanding the latent structure of the emotional disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 40, 621– 632. 10.1007/s10802-011-9582-7 [PubMed: 22006349]
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. i Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Research* 272, 30-35. doi:[10.1016/j.psychres.2018.12.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004)
- Turner, C.M. i Barrett, P.M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youths? An investigation of the tripartite model in three age cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 826–833
- Twenge, J.M. i Noel-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
- Uhl, K., Halpern, L.F., Tam, C., Fox, J.K. i Ryan, J.L. (2019). Relations of Emotion Regulation, Negative and Positive Affect to Anxiety and Depression in Middle Childhood, *Journal of Child and Family Studies*. 28, 2988–2999. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- Valentiner, D.P., Gutierrez, P.M. i Blacker, D. (2002). Anxiety measures and their relationship to adolescent suicidal ideation and behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 11–32.
- van Ballegooijen, W., Eikelenboom, M., Fokkema, M., Riper, H., van Hemert, A.M., Kerkhof, A., Penninx, B.W. i Smit, J.H. (2019). Comparing factor structures of depressed patients with and without suicidal ideation, a measurement invariance analysis. *Journal of Affective Disorders*. 245, 180–7.

- Vander Haegen, M., & Etienne, A.-M. (2016). Cognitive processes across anxiety disorders related to intolerance of uncertainty: Clinical review. *Cogent Psychology*, 3(1), Article 1215773. <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1215773>
- Vila, M., Kramer, T., Hickey, N., Dattani, M., Jefferis, H., Singh, M.M., i Garralda, E.M. (2009). Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 989–998. doi:10.1093/jpepsy/jsp005
- Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40 (17), 161-186.
- Vulić-Prtorić, A. i Sori, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina* 31(3-4), 115-140.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija* 5 (2), 271-293.
- Vulić-Prtorić, A. (2003). *Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD)*. Naklada Slap
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente*. Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62)*, Naklada Slap
- Vulić-Prtorić, A., i Macuka, L. (2004). Anksioznost i depresivnost – fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7(1), 45 – 64
- Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija* 9, 171-94.
- Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*, Naklada Slap
- Vulić-Protić, A. (2016): Somatic complaints in adolescence: Prevalence patterns across gender and age. *Psychological Topics*, 25, 1, 75–105.
- Vulić-Prtorić, A. (2018): *Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji - IDP / - 2. izd. - Zadar : Sveučilište, 2018.*
- Vulić-Prtorić, A. (2019): *Upitnik psihosomatskih simptoma - Priručnik, normativni podatci i upitnici, Zadar : Sveučilište, 2019.*
- Wang K., Lu H., Cheung E.F.C., Neumann D.L., Shum D.H.K., Chan R.C.K. (2016) “Female preponderance” of depression in non-clinical populations: a meta-analytic study. *Frontiers in Psychology*; 7:1398.

- Wang, S., Chen, L., Ran, H., Che, Y., Fang, D., Sun, H., Peng, J., Liang, X. i Xiao, Y. (2022). Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 13, 917552. doi: 10.3389/fpsy.2022.917552
- Watson, D., Clark, L.A. i Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E. i McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E. i McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104,15-25.
- Watson, D., Gamez, W. i Simms, L.J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46–66
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology* Vol. 5, 221-247.
- Weems, C.F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W.K. i Ferguson, C. (1997). The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 961-966. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00049-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00049-1)
- Weems, C.F., Berman, S.L., Silverman, W.K., i Saavadra, L.M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: The linkages between cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 559–575.
- Weems, C.F. i Costa, N.M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 44(7), 656-663.
- Weems, C.F., i Watts, S.E. (2005). Cognitive Models of Childhood Anxiety. U: C.M. Velotis (Ur.) *Anxiety disorder research* (str. 205–232). Nova Science Publishers.
- Weersing, V.R., Gonzalez, A., Campo, J.V. i Lucas, A.N. (2008). Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression: Piloting an integrated treatment approach. *Cognitive and Behavioral Practice*.15, 126–139.
- Weiss, B., Susser, K. i Catron, T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 107, 118–27.
- Wells, A., i Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF

- model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888.
- Wells, A. i Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899–913.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526–555.
- Wells, A. (1999). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 86–95.
- Wells, A. i Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in gad, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85–102
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wenar, C. (2002). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dječje dobi do adolescencije*. Naklada Slap.
- Wenar, C. (2003) *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*, Naklada Slap.
- Wenzlaff, R.M. i Luxton, D.D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research* 27, 293-308.
- Wicks-Nelson, R. i Israel, A.C. (2021) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja djece i adolescenata*. Naklada Slap.
- Wilson, J.K. i Rapee, R.M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 245–274.
- Wolfe, V.V., Finch, A. J.Jr., Saylor, Conway. F., Blount, R.L., Pallmeyer, T.P., i Carek, D.J. (1987). Negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 245–250.
- Wood, W., i Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*, 128, 699-727.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>.
- Yeung, D.Y., Ho, S.M.Y. i Mak, C.W.Y. (2015). Attention to positive information mediates the relationship between hope and psychosocial well-being of adolescents. *Journal of Adolescence*, 42, 98-102.
- Young, E.A. i Nolen-Hoeksema, S. (2001). Effect of ruminations on the saliva cortisol

response to a social stressor. *Psychoneuroendocrinology*, 26(3), 319–329.

Young, K.S., Sandman, C.F. i Craske, M.G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sciences* 29;9(4):76. doi: 10.3390/brainsci9040076. PMID: 30934877; PMCID: PMC6523365.

Zahn-Waxler, C., Race, E. i Duggal, S. (2005). Mood disorders and symptoms: The expression and development of depression in girls. U: D. Bell, S.L. Foster i E.J. Mash (Ur.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls (Issues in clinical child psychology)*. (str. 25-77) Springer.

Zečević, I. (2011). *Provjera tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u dječjoj dobi*, (Neobjavljeni magistarski rad), Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Živčić, I. (1992). Prikaz skale depresivnosti za djecu, U: *Godišnjak Zavoda za psihologiju* (str. 173-179). Pedagoški fakultet Sveučilišta u Rijeci.



## 9. PRILOZI

### **PRILOG A: Instrumenti korišteni u istraživanju:**

- Uvodni upitnik
- Upitnik o dječjim mislima (CTQ)
- Skala pozitivnog i negativnog afekta za djecu (PANAS – C)
- Skala fiziološke pobuđenosti za djecu (PH – C)
- Dječja skala depresije (CDI)
- Upitnik anksioznosti kao osobine ličnosti za djecu (STAIC)\*

### **PRILOG B: Pouzdanosti upitnika, skala i subskala na svim uzorcima**

### **PRILOG C: Podatci za klinički subuzorak**

- Provjera razlika između kliničkog uzorka djece iz Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež i subkliničkog uzorka
- Usporedba međuodnosa ispitivanih varijabli kod uzorka djece iz Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež i subkliničkog uzorka

*\* u prilogu se nalaze svi upitnici osim Upitnika anksioznosti kao osobine ličnosti za djecu iz upitnika STAIC jer za nju autorska prava ima Naklada "Slap"*

## 9.1 PRILOG A

UPITNIK - M

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Škola: \_\_\_\_\_

Datum testiranja: \_\_\_\_\_ Razred: \_\_\_\_\_

1. S kime živiš?

\_\_\_\_\_

2. Kakav si učenik? (zaokruži jedan odgovor)

- a) odličan
- b) vrlo dobar
- c) dobar
- d) loš

3. Napiši svoj prosjek ocjena na polugodištu ove školske godine. \_\_\_\_\_

4. Koliko si zadovoljan sobom kao učenikom?

- a) zadovoljan sam, trebam samo tako nastaviti
- b) zadovoljan sam, no mogao bi biti bolji
- c) nezadovoljan sam, trebao bi se više potruditi
- d) nezadovoljan sam, ali nemam volje više se potruditi

5. Što misliš koliko su tobom kao učenikom zadovoljni tvoji roditelji?

- a) Jako su zadovoljni, stalno me hvale
- b) Zadovoljni su, no stalno govore da se trebam još potruditi
- c) Ne znam jesu li zadovoljni
- d) Nezadovoljni su, stalno me kritiziraju

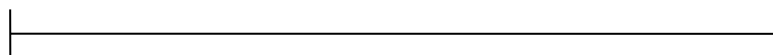
6. Kako se osjećaš u svom razredu?

- a) izvrsno, imam dobro društvo u razredu
- b) imam malo prijatelja u razredu
- c) nemam baš prijatelja u razredu, ali imam izvan razreda (iz drugih razreda ili van škole)
- d) uopće nemam prijatelja, ali bi volio imati
- e) nemam prijatelja niti bi ih želio imati

7. Na liniji označi u kojoj se mjeri smatraš omiljenim ili neomiljenim u svom razredu od strane drugih učenika

Ja sam neomiljen u razredu

Ja sam omiljen u razredu



OKRENI !

## Upitnik o dječjim mislima (M)

(Marien i Bell, 2004.)

Sljedeće priče govore o stvarima koje se mogu dogoditi djeci. Nakon svake priče navedene su misli koje bi djeca mogla imati u takvoj situaciji. Zaokruži koliko je svaka misao slična tvom načinu razmišljanja, ako bi se našao u istoj situaciji, tako što ćeš zaokružiti neki od brojeva:

- 1 = Nimalo slično onome što bih ja mislio
- 2 = Malo slično onome što bih ja mislio
- 3 = Otprilike slično onome što bih ja mislio
- 4 = Jako slično onome što bih ja mislio
- 5 = Isto kao što bih ja mislio

Primjer za vježbu: Tvoj je rođendan i tvoja ti baka poklanja ogromnu kutiju zamotanu u papir.

A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Što bi to moglo biti?	1	2	3	4	5
2. Sigurno je nešto dosadno poput odjeće.	1	2	3	4	5

1. Jedan si od igrača u sportskoj momčadi. Ti i tvoji suigrači se zagrijavate prije važne utakmice. Trener ti kaže da se pripremiš jer ćeš biti jedan od igrača koji će izaći u prvoj postavi.

A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Što ako sve upropastim?	1	2	3	4	5
2. Baš volim sport.	1	2	3	4	5
3. Siguran sam da ću loše igrati.	1	2	3	4	5
4. Možda ću napraviti nešto glupo.	1	2	3	4	5
5. Grozan sam u sportu.	1	2	3	4	5
6. Mislim da ću odigrati dobru utakmicu.	1	2	3	4	5

2. Jedne večeri za vrijeme jela mama ti kaže da se tvoja obitelj za mjesec dana seli u drugi grad daleko od svih tvojih prijatelja.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Što ako se tamo nikome ne dopadnem?	1	2	3	4	5
2. Moglo bi biti zanimljivo živjeti u novom gradu.	1	2	3	4	5
3. Tamo nikad neću naći dobre prijatelje.	1	2	3	4	5
4. Možda se neću uklopiti u novu školu.	1	2	3	4	5
5. Vjerojatno ću upoznati neke dobre prijatelje.	1	2	3	4	5
6. Bit ću sasvim sam i usamljen.	1	2	3	4	5

3. Tvoja nastavnica dijeli važan test iz nekog od predmeta. Nastavnica ti pruža test i kaže svima da počnu.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Mislim da ću dobro napisati test.	1	2	3	4	5
2. Što ako zaboravim što sam naučio.	1	2	3	4	5
3. Znam da ću dobiti lošu ocjenu.	1	2	3	4	5
4. Možda napravim glupu pogrešku.	1	2	3	4	5
5. Dobar sam u ovom predmetu.	1	2	3	4	5
6. Siguran sam da ću dobiti jedinicu.	1	2	3	4	5

4. Cijeli prošli mjesec boljela te glava, curio nos i mučio te kašalj. Odeš kod doktora koji ti kaže da si alergičan/na.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Sad ću se stalno loše osjećati.	1	2	3	4	5
2. Drago mi je da nije nešto gore.	1	2	3	4	5
3. Možda ću morati dobivati injekcije.	1	2	3	4	5
4. Nisam zdrava osoba.	1	2	3	4	5
5. Što ako mi bude sve lošije?	1	2	3	4	5
6. Baš me zanima na što sam alergičan.	1	2	3	4	5

5. Ujutro pri doručku mama ti je rekla da će te pokupiti autom odmah poslije škole. Ispred škole čekaš već pola sata, a ona još ne dolazi.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Možda joj se nešto dogodilo.	1	2	3	4	5
2. Drago mi je što ću duže biti s prijateljima.	1	2	3	4	5
3. Ne vodi brigu o meni.	1	2	3	4	5
4. Što ako me zaboravi i ja ostanem ovdje.	1	2	3	4	5
5. Bit će jako dobra prema meni kad dođe	1	2	3	4	5
6. Nema je jer je ozlijeđena u prometnoj nesreći .	1	2	3	4	5

6. Danas na početku tjelesnog nastavnika kaže da se svi zagriju trčeći tri kruga oko dvorane. Baš kad si završio drugi krug počinješ teško disati i srce ti brzo lupa.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Baš je dobra ova vježba.	1	2	3	4	5
2. Možda nešto nije u redu sa mnom.	1	2	3	4	5
3. Nikad neću moći trčati brzo kao ostala djeca.	1	2	3	4	5
4. Što ako se razbolim?	1	2	3	4	5
5. Sigurno zato jer jako brzo trčim.	1	2	3	4	5
6. Jednostavno baš nemam snage.	1	2	3	4	5

7. Jednog dana dođeš iz škole i baš kad otvoriš vrata, tvoj se pas provuče i pobjegne. Tražiš ga po cijelom susjedstvu, ali ga nigdje ne možeš naći.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Nikad neću uspjeti naći tog psa.	1	2	3	4	5
2. Naći ću ga ako nastavim tražiti dalje.	1	2	3	4	5
3. Možda ga je udario auto.	1	2	3	4	5
4. Ne znam se brinuti o svom psu.	1	2	3	4	5
5. Pas će se uskoro sam vratiti.	1	2	3	4	5
6. Što ako ne nađem svog psa?	1	2	3	4	5

8. Nalaziš se u razredu i nastavnica počinje ispitivati gradivo iz knjige koje je trebalo naučiti za zadaću. Čuješ kako izgovara tvoje ime.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Što ako ne znam točan odgovor?	1	2	3	4	5
2. Prozvala me jer sam dobar učenik.	1	2	3	4	5
3. Uvijek ispadnem glup u razredu.	1	2	3	4	5
4. Mogao bih reći neku glupost.	1	2	3	4	5
5. Drago mi je što sam pažljivo slušao te znam točan odgovor.	1	2	3	4	5
6. Nikad ne znam točan odgovor.	1	2	3	4	5

9. Tvoj brat odlazi u inozemstvo na školovanje. Ti i tvoja obitelj joj pomažete da se spakira te mu mašete dok on odlazi u autu.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Što ako mu se nešto dogodi?	1	2	3	4	5
2. Bit ću usamljen sad kad ga nema.	1	2	3	4	5
3. Sad će u kući biti više mjesta za mene.	1	2	3	4	5
4. Možda se više neće htjeti družiti sa mnom.	1	2	3	4	5
5. Doma će biti dosadno bez njega.	1	2	3	4	5
6. Bit će zabavno ići mu u posjetu.	1	2	3	4	5

10. Slučajno čuješ kako neki učenici u tvom razredu govore o velikoj zabavi jednog od tvojih prijatelja. Htio bi ići na zabavi, ali još nisi pozvan.

<i>A. Koliko je svaka misao slična tvojoj?</i>	Nimalo	Malo	Otprilike	Jako	Isto
1. Možda me ni ne pozove.	1	2	3	4	5
2. Nitko me ne voli.	1	2	3	4	5
3. Biti će super vikend ako i ne idem na zabavu.	1	2	3	4	5
4. Uvijek me izostave.	1	2	3	4	5
5. Jedva čekam ići na zabavu.	1	2	3	4	5
6. Što ako svi prijatelji budu pozvani, a ja ne?	1	2	3	4	5



### PANAS-C(M)

Ova lista sastoji se od više riječi i izraza koji opisuju različite osjećaje i emocije. Pročitaj svaku od navedenih riječi i izraza te zatim zaokruži odgovarajući odgovor uz tu riječ.

Označi broj koji najbolje opisuje u kojoj mjeri si to osjetio u proteklih par tjedana.

	<i>vrlo malo ili nimalo</i>	<i>malo</i>	<i>umjereno</i>	<i>prilično</i>	<i>izrazito</i>
zainteresiran	1	2	3	4	5
tužan	1	2	3	4	5
ustrашen	1	2	3	4	5
koncentriran	1	2	3	4	5
uzbuđen	1	2	3	4	5
posramljen	1	2	3	4	5
uzrujan	1	2	3	4	5
sretan	1	2	3	4	5
snažan	1	2	3	4	5
nervozan	1	2	3	4	5
krivo (zbog nečega)	1	2	3	4	5
pun energije	1	2	3	4	5
preplašen	1	2	3	4	5
miran	1	2	3	4	5
jadan	1	2	3	4	5
živčan	1	2	3	4	5
veseo	1	2	3	4	5
hiperaktivan	1	2	3	4	5
ponosan	1	2	3	4	5

Označi broj koji najbolje opisuje u kojoj mjeri si to osjetio u proteklih par tjedana.

	<i>vrlo malo ili nimalo</i>	<i>malo</i>	<i>umjereno</i>	<i>prilično</i>	<i>izrazito</i>
zaplašen	1	2	3	4	5
radostan	1	2	3	4	5
usamljen	1	2	3	4	5
bijesan	1	2	3	4	5
neustrašiv	1	2	3	4	5
gađenje	1	2	3	4	5
oduševljen	1	2	3	4	5
potišten	1	2	3	4	5
hrabar	1	2	3	4	5
neraspoložen	1	2	3	4	5
živahan	1	2	3	4	5

**PH-C(M)**

Zaokruži broj koji najbolje opisuje koliko često si osjetio sljedeće u protekla dva tjedna.

	<i>Nikada</i>	<i>Ponekad</i>	<i>Otprilike pola vremena</i>	<i>Često</i>	<i>Cijelo vrijeme</i>
suha usta	1	2	3	4	5
znojne dlanove	1	2	3	4	5
trnce (kao iglice)	1	2	3	4	5
zacrvenjenost	1	2	3	4	5
drhtanje	1	2	3	4	5
bol u trbuhu	1	2	3	4	5
oblijevao te val hladnoće	1	2	3	4	5
vrtilo ti se	1	2	3	4	5
lupalo ti je srce	1	2	3	4	5
znojio si se, a nije ti bilo vruće	1	2	3	4	5
ostao si bez daha	1	2	3	4	5
gušio si se	1	2	3	4	5
oblijevao te val vrućine	1	2	3	4	5
utrnulost (kad npr ne osjetiš nogu)	1	2	3	4	5
bol u prsima	1	2	3	4	5
povraćalo ti se	1	2	3	4	5
zatezalo te u mišićima	1	2	3	4	5
nisi mogao sjediti na miru	1	2	3	4	5

## CDI-M

Djeca ponekad imaju različite osjećaje i ideje. U ovom upitniku osjećaji i ideje napisani su u grupama. U svakoj grupi izaberi onu rečenicu koja najbolje opisuje **tvoje misli** i **tvoje osjećaje u posljednja dva tjedna**. Nakon što si izabrao rečenicu iz prve grupe, prijeđi na drugu grupu.

Ovdje nema točnih i netočnih odgovora. Samo izaberi onu rečenicu koja najbolje opisuje kako si se osjećao u posljednje vrijeme. Stavi znak **X** pored svog odgovora. Ovu oznaku stavi na praznu crtu pored rečenice koju si izabrao.

Evo jednog primjera kako to treba napraviti. Pokušaj. Stavi znak **X** pored rečenice koja **tebe najbolje** opisuje.

**Primjer:** \_\_\_\_ Često čitam knjige.  
\_\_\_\_ Ponekad čitam knjige.  
\_\_\_\_ Nikad ne čitam knjige.

- 
1. \_\_\_\_ Rijetko sam tužan.  
\_\_\_\_ Često sam tužan.  
\_\_\_\_ Stalno sam tužan.
  
  2. \_\_\_\_ Nikad mi se neće dogoditi dobre stvari.  
\_\_\_\_ Nisam siguran da li će mi se dogoditi dobre stvari.  
\_\_\_\_ Siguran sam da će mi se dogoditi dobre stvari.
  
  3. \_\_\_\_ Većinu stvari radim **dobro**.  
\_\_\_\_ Mnoge stvari radim **krivo**.  
\_\_\_\_ Sve radim **krivo**.
  
  4. \_\_\_\_ Mnoge me stvari zabavljaju.  
\_\_\_\_ Poneke me stvari zabavljaju.  
\_\_\_\_ Ništa me ne zabavlja.

5.  Nikad nisam dobar  
 Često sam dobar.  
 Obično sam dobar.
6.  Rijetko razmišljam o lošim stvarima koje bi mi se mogle dogoditi.  
 Brinem da bi mi se mogle dogoditi loše stvari.  
 Siguran sam da će mi se dogoditi strašne stvari.
7.  Mrzim sebe.  
 Ne volim sebe.  
 Volim sebe.
8.  Uvijek mislim da sam ja kriv za sve loše što mi se događa.  
 Često mislim da sam ja kriv kad mi se događa nešto loše.  
 Obično ne mislim da sam ja kriv kad mi se događa nešto loše.
9.  Ne razmišljam o tome da se ubijem.  
 Razmišljam o tome da se ubijem, ali ne bih to učinio.  
 Želim se ubiti.
10.  Svaki dan mi se plače.  
 Često mi se plače.  
 Rijetko mi se plače.
11.  Stalno sam uznemiren.  
 Često sam uznemiren.  
 Rijetko sam uznemiren.
12.  Volim biti među ljudima.  
 Često ne volim biti među ljudima.  
 Nikad ne volim biti među ljudima.

13.  Nikad ne mogu donijeti nikakvu odluku.  
 Teško donosim bilo kakvu odluku.  
 Lako donosim odluke o svemu.
14.  Dobro izgledam  
 Neke stvari na mom izgledu mi se ne sviđaju.  
 Užasno izgledam.
15.  Stalno se moram prisiljavati da radim u školi.  
 Često se moram prisiljavati da radim u školi.  
 Rad u školi mi ne predstavlja veliki problem.
16.  Svaku noć teško zaspim.  
 Često teško zaspim.  
 Prilično dobro spavam.
17.  Rijetko sam umoran.  
 Često sam umoran.  
 Stalno sam umoran.
18.  Najčešće nemam volju za jelom.  
 Ponekad nemam volju za jelom.  
 Prilično dobro jedem.
19.  Uopće se ne brinem kad me nešto boli.  
 Često se brinem što me nešto boli.  
 Stalno se brinem što me nešto boli.
20.  Ne osjećam se osamljeno.  
 Često se osjećam osamljeno.  
 Stalno se osjećam osamljeno.

21.  Nikad mi nije zabavno u školi.  
 Ponekad mi je zabavno u školi.  
 Često mi je zabavno u školi.
22.  Imam puno prijatelja.  
 Imam nekoliko prijatelja, ali bih htio da ih imam više.  
 Uopće nemam niti jednog prijatelja.
23.  Zadovoljan sam svojim školskim uspjehom.  
 Nisam tako dobar učenik kao što sam bio prije.  
 Postižem loš uspjeh u predmetima u kojima sam bio dobar.
24.  Nikad ne mogu biti dobar kao ostala djeca.  
 Mogao bih biti dobar kao ostala djeca kad bih to htio.  
 Jednako sam dobar kao i druga djeca.
25.  Nitko me zaista ne voli.  
 Nisam siguran da me netko voli.  
 Siguran sam da me netko voli.
26.  Obično napravim ono što mi se kaže.  
 Često ne napravim ono što mi se kaže.  
 Nikad ne napravim ono što mi se kaže.
27.  Uglavnom se dobro slažem s drugima.  
 Često se svađam i tučem.  
 Stalno se svađam i tučem.

## 9.2 PRILOG B

### Pouzdanosti upitnika, skala i subskala na svim uzorcima

Tablica 26

Pouzdanosti (Cronbach  $\alpha$ ) za ukupni uzorak ( $N=306$ ), usporedni uzorak ( $N=150$ ) te klinički uzorak ( $N=156$ ), posebno za anksioznu ( $N=80$ ), posebno za depresivnu skupinu ( $N=76$ ) za sve upitnike i subskale.

upitnik, skala ili subskala	ukupni uzorak	usporedna skupina	klinički uzorak	skupina anksiozni	skupina depresivni
STAIC	0.89	0.73	0.86	0.78	0.88
CDI	0.90	0.36	0.81	0.82	0.58
PANAS	0.76	0.77	0.80	0.84	0.77
PANAS pozitivni afektivitet	0.88	0.78	0.88	0.86	0.89
PANAS negativni afektivitet	0.91	0.82	0.89	0.89	0.88
CTQ	0.96	0.92	0.95	0.93	0.95
CTQ pozitivne kognicije	0.80	0.79	0.77	0.75	0.70
CTQ negativne kognicije	0.93	0.87	0.92	0.90	0.92
CTQ anksiozne kognicije	0.90	0.82	0.88	0.83	0.89
CTQ depresivne kognicije	0.86	0.72	0.83	0.82	0.82
PH-C	0.88	0.80	0.90	0.88	0.90

Legenda:  $N$  – veličina uzorka, STAIC – upitnik anksioznosti, CDI – upitnik depresivnosti, PANAS – upitnik pozitivnog i negativnog afektiviteta, CTQ – upitnik kako djeca razmišljaju, PH-C – upitnik fiziološke pobuđenosti za djecu



## 9.3 PRILOG C

### Podatci za klinički subuzorak

**Tablica 26**

Provjere razlika između sudionika na svim varijablama za kliničku skupinu ispitivanu u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež ( $N=110$ ) i klinički subuzorak ( $N=46$ ).

	skupina	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>p</i>	<i>d indeks</i>
Depresivnost	klinička	110	18,59	7,751	1,505 (154)	,417	0,21
	subuzorak	46	20,09	7,731			
Anksioznost	klinička	110	37,76	7,491	-1,163 (154)	,785	-0,26
	subuzorak	46	35,72	6,915			
Negativne kognicije	klinička	110	104,50	12,418	,302 (154)	,733	-0,05
	subuzorak	46	103,15	13,565			
Pozitivne kognicije	klinička	110	62,52	11,535	,911 (154)	,276	-0,16
	subuzorak	46	60,78	12,974			
Negativni afektivitet	klinička	110	36,71	11,714	,069 (154)	,777	-0,01
	subuzorak	46	36,57	11,999			
Pozitivni afektivitet	klinička	110	47,33	10,449	,797 (154)	,291	-0,14
	subuzorak	46	45,65	11,755			
Fiziološka pobuđenost	klinička	110	36,75	25,146	,187 (154)	,560	-0,03
	subuzorak	46	36,33	26,039			

Legenda: *N* – veličina uzorka; *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t* – vrijednost *t*-testa; *df* – stupnjevi slobode; *p* – vjerojatnost slučajne pojave; *d*-indeks – vrijednost Cohenovog *d*

**Tablica 27**

*Povezanost između svih ispitivanih varijabli za kliničku skupinu ispitanu u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež (N=110) iznad dijagonale i klinički subuzorak (N=46) ispod dijagonale.*

	1	2	3	4	5	6	7
1 Depresivnost	-	.154	.452**	-.461**	.472**	-.334**	.085
2 Anksioznost	.235	-	.319**	-.031	.301*	-.009	.528**
3 Negativne kognicije	.225	.229	-	-.343**	.555**	-.292**	.203*
4 Pozitivne kognicije	-.334**	.201	-.262	-	-.243*	.550**	.158
5 Negativni afektivitet	.329**	.262	.442**	-.192	-	-.237*	.382**
6 Pozitivni afektivitet	-.210	.180	-.199	.669**	-.188	-	.136
7 Fiziološki simptomi	-.087	.280	.377**	.261	.290	.302*	-

*Legenda: \*p<.05; \*\*p<.01*

## 10. ŽIVOTOPIS

Iva Zečević rođena je 4. rujna 1979. godine u Zagrebu. Nakon završene II. opće gimnazije upisala je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Diplomirala je 2004. godine s temom «Profili različitih dijagnostičkih skupina na Minnesota multifazičnom inventaru ličnosti – 2» i iste godine upisala poslijediplomski znanstveni studij psihologije te 2011. stekla titulu magistra znanosti. Studentsku praksu i vježbenički staž odradila je na Klinici za psihološku medicinu u KBC-u Zagreb. Od 2006. do 2008. radila je u Domu za nezbrinutu djecu, a od 2008. zaposlena je u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež gdje i danas radi kao klinički psiholog. Na supervizijskom je stupnju edukacije iz kognitivne i bihevioralne terapije. Završila je edukaciju za psihološke krizne intervencije 2019. Koautor je više stručnih i znanstvenih radova. Vodila je niz radionica i predavanja te sudjelovala na projektima iz područja zaštite mentalnog zdravlja djece. Koautor je „PoMoZi Da“ programa zdravstvenog opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. Samostalno je 2022. odškolovala terapijskog psa kojeg koristi u individualnom i grupnom terapijskom radu s djecom u Bolnici. Njezin stručni i znanstveni interes usmjeren je na područje dječje kliničke psihologije, gdje u svakodnevnom radu sudjeluje u dijagnostici i terapiji psihičkih poremećaja kod djece i mladih. Živi u Zagrebu, udana je i majka dvije kćeri.

### POPIS RADOVA:

1. Boričević Maršanić, Vlatka; Zečević, Iva; Kordić, Ana; Flander, Mia; Karapetrić Bolfan, Ljiljana; Paradžik, Ljubica: Motivacijski intervju s djecom i adolescentima: Razvojni pristup i prikaz bolesnika. // Socijalna psihijatrija, 46 (2018), 2; 181-194. (<https://www.bib.irb.hr/1036889>) (domaća recenzija, pregledni rad, znanstveni)
2. Boričević Maršanić, Vlatka; Zečević, Iva; Paradžik, Ljubica; Karapetrić Bolfan, Ljiljana: Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba Σ rezultati probnog projekta. // Socijalna psihijatrija, 45 (2017), 3; 169-186 (domaća recenzija, članak, znanstveni)
3. Paradžik, Ljubica; Zečević, Iva; Kordić, Ana; Boričević Maršanić, Vlatka; Ercegović, Nela; Karapetrić Bolfan, Ljiljana; Šarić, Davorka: Školska fobija – kad strah drži djecu daleko od škole, uz prikaz slučaja i terapijskog tretmana. // Socijalna psihijatrija, 47 (2019), 2; 214-231 (recenziran, članak, stručni)
4. Paradžik, Ljubica; Kordić, Ana; Zečević, Iva; Šarić, Davorka; Boričević Maršanić, Vlatka: „Ne idi, molim te“ – kognitivno-bihevioralni tretman djeteta sa separacijskim anksioznim poremećajem. // Socijalna psihijatrija, 46 (2018), 3; 251-268 (recenziran, članak, stručni)

5. Boričević Maršanić, Vlatka; Zečević, Iva; Ercegović, Nela; Paradžik, Ljubica; Grgić, Vesna: Sva lica dječje depresije- heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. // *Paediatrica Croatica*, 60 (2016), 1; 119-125 (podatak o recenziji nije dostupan, pregledni rad, stručni)
6. Boričević Maršanić, Vlatka; Zečević, Iva; Vukić, Zoran; Franić, Tomislav; Karapetrić Bolfan, Ljiljana; Javornik, Svebor: Uloga humora u medicini i djelovanje klaunova-doktora. // *Socijalna psihijatrija*, 44 (2016), 1; 22-31 (recenziran, članak, stručni)
7. Zečević, Iva: Provjera tripartitnog i kognitivnog modela anksioznosti i depresivnosti u dječjoj dobi., 2011., magistarski rad, Filozofski fakultet, Zagreb
8. Boričević Maršanić, Vlatka; Zečević, Iva; Paradžik, Ljubica; Šarić, Davorka; Karapetrić-Bolfan, Ljiljana: Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. // *Socijalna psihijatrija*, 43 (2015), 4; 183-190 (podatak o recenziji nije dostupan, pregledni rad, stručni)
9. Boričević Maršanić, Vlatka; Paradžik, Ljubica; Zečević, Iva; Karapetrić-Bolfan, Ljiljana: Usredotočena svjesnost-Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. // *Socijalna psihijatrija*, 43 (2015), 3; 142-150 (podatak o recenziji nije dostupan, pregledni rad, stručni)
10. Boričević Maršanić, Vlatka; Paradžik, Ljubica; Karapetrić-Bolfan, Ljiljana; Zečević, Iva; Grgić, Vesna: Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od od Posttraumatskog stresnog poremećaja. // *Socijalna psihijatrija*, 42 (2014), 3; 155-161 (podatak o recenziji nije dostupan, pregledni rad, stručni)
11. Nemčić Moro, Iva; Frančišković, Tanja; Britvić, Dolores; Koić, Elvira; Zečević, Iva: Posttraumatski stresni poremećaj i somatizacije u hrvatskih veterana. // *Knjiga sažetaka / Jukić, Vlado (ur.). Zagreb: HPD, 2014. str. 215-215 (poster, domaća recenzija, sažetak, znanstveni)*
12. Vrbanac, Zoran; Zečević, Iva; Ljubić, Marijana; Belić, Maja; Stanin, Damir; Brkljača Bottegaro, Nika; Jurkić, Gabrijela; Škrilin, Branimir; Bedrica, Ljiljana; Žubčić, Damir: Animal Assisted Therapy And Perception Of Loneliness In Geriatric Nursing Home Residents. // *Collegium antropologicum*, 37 (2013), 3; 973-976 (međunarodna recenzija, članak, znanstveni)
13. Nemčić Moro, Iva; Frančišković, Tanja; Britvić, Dolores; Klarić, Miro; Zečević, Iva: Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Classified (DESNOS) in Croatian War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (case control study). // *Croatian medical journal*, 52 (2011), 4; 505-512 doi:10.3325/cmj.2011.52.505 (međunarodna recenzija, članak, znanstveni)
14. Tripković, Mara; Bakija, Ivana; Sindik, Joško; Marlais, Matko; Zečević, Iva: Family Financial Situation, Parental Marital Status and Self-Harm amongst Adolescents in Croatia. // *Acta clinica Croatica*, 56 (2017), 3; 469-477 (recenziran, članak, znanstveni)
15. Tripković, Mara; Frančišković, Tanja; Grgić, Neda; Ercegović, Nela; Graovac, Mirjana; Zečević, Iva: Family Factors Associated with Auto-aggressiveness in Adolescents in Croatia. // *Collegium antropologicum*, 37 (2013), 4; 1081-1088 (domaća recenzija, članak, znanstveni)
16. Boričević Maršanić, Vlatka; Margetić, Branka Aukst; Zečević, Iva; Herceg, Miroslav: The Prevalence and Psychosocial Correlates of Suicide Attempts Among Inpatient Adolescent Offspring of Croatian PTSD Male War Veterans. // *Child Psychiatry & Human Development*, 45 (2013), 5; 577-587 doi:10.1007/s10578-013-0426-2 (međunarodna recenzija, članak, znanstveni)