

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
SPOPRIJEMANJE Z ANKSIOZNIMI MOTNJAMI V
MLADOSTNIŠTVU

BOTONJIĆ

VERONIKA BOTONJIĆ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Spoprijemanje z anksioznimi motnjami v mladostništvu

(Coping with anxiety disorders in youth)

Ime in priimek: Veronika Botonjić

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Ana Arzenšek

Somentor: izr. prof. dr. Gorazd Drevenšek

Koper, avgust 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Veronika BOTONJIĆ

Naslov zaključne naloge: **Spoprijemanje z anksioznimi motnjami v mladostništvu**

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 36

Število referenc: 55

Mentor: doc. dr. Ana Arzenšek

Somentor: izr. prof. dr. Gorazd Drevenšek

Ključne besede: anksiozne motnje, mladostništvo, pristopi k premagovanju anksioznosti

Izvleček:

V teoretičnem delu zaključne naloge bodo predstavljene značilnosti anksioznosti in anksioznih motenj. Podrobneje bodo opisane: generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, socialna fobija, posttravmatski stresni sindrom, obsesivno – kompulzivna motnja ter socialna anksioznost. Prikazano bo, da se ob anksioznih motnjah pri posameznikih prepletajo različni dejavniki tveganja, ki jih lahko razdelimo v tri skupine. Prva skupina so dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za anksiozne motnje, v drugo skupino sodijo dejavniki, ki sprožijo anksiozne motnje, tretja skupina pa označuje dejavnike, ki vzdržujejo anksiozne motnje. Opisano bo obdobje mladostništva, ter kako se anksiozne motnje odražajo na mladostnikovem duševnem in fiziološkem doživljanju, ter najpogostejše oblike anksioznosti pri mladostnikih. Predstavljeni bodo različni pristopi k premagovanju anksioznosti, kot so: medikamentozna terapija, transakcijska analiza, realitetna terapija – teorija izbire in EFT metoda.

Key words documentation

Name and SURNAME: Veronika BOTONJIĆ

Title of the final project paper: **Coping with anxiety disorders in youth**

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 36

Number of references: 55

Mentor: Assist. Prof. Ana Arzenšek, PhD

Co-Mentor: Assoc. Prof. Gorazd Drevenšek, PhD

Keywords: anxiety disorders, adolescence, approaches to overcoming anxiety;

Abstract:

In the theoretical part of my thesis, characteristics of anxiety and anxiety disorders are presented. There is a detailed description of: generalized anxiety disorder, panic disorder, social phobia, post-traumatic stress syndrome, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety. The thesis shows that a combination of several risk factors is involved in the development of anxiety disorders. These factors can be divided into three groups. In the first group, factors which make people more susceptible to anxiety disorders can be found. The second group consists of factors which trigger anxiety disorders, and last but not least, the third group encompasses factors which maintain anxiety disorders. There is a description of the period of adolescence. Furthermore, there is a discussion of how anxiety disorders are reflected in mental and physiological experience of youth, and of the most common forms of anxiety in adolescents. Different approaches to overcoming anxiety are presented such as drug therapy, transactional analysis, reality therapy – choice therapy, and EFT method.

Zahvala

V prvi vrsti se zahvaljujem mentorici doc. dr. Ani Arzenšek, ki mi je bila na razpolago za vsa vprašanja, in še posebej za temeljita navodila, prilagajanje ter napotke pri pisanju pisanju.

Hvala tudi somentorju izr. prof. dr. Gorazdu Drevenšku za prilagajanje in njegova navodila, smernice ter doprinos pri moji zaključni nalogi.

Zahvalila bi se tudi Nežki Božič, najboljši sošolki tokom študija za vso njeno podporo in pomoč.

Iskrena hvaležnost pa gre tudi mojim najbližjim prijateljem, ki so me podpirali in bodrili tokom študija in pri zaključevanju; hvala Ines in Žanu, Nadii in Mircotu, Jani in njeni družini, Kamili in njeni družini, Massimilianu in Carmen, Miri in Daretu in vsem, ki jih tukaj nisem omenila, pa jih vseeno cenim...

Hvala tudi moji mami in sestri ter vsej moji ožji in širši družini za vso pomoč. ☺

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 ANKSIOZNOST	2
2.1 Opredelitev anksioznosti.....	2
2.2 Simptomi anksioznosti.....	3
2.3 Nevrobiološke osnove anksioznosti.....	3
3 ANKSIOZNE MOTNJE	5
3.1 Generalizirana anksiozna motnja.....	5
3.2 Panična motnja.....	7
3.3 Socialna fobija	9
3.4 Posttravmatski stresni sindrom	10
3.5 Obsesivno kompulzivna motnja.....	11
3.6 Socialna anksioznost.....	12
3.7 Vzroki anksioznih motenj.....	13
4 MLADOSTNIŠTVO	14
4.1 Razvojne naloge v mladostništvu	14
4.2 Značilne potrebe v mladostništvu	15
4.3 Pomen družine v mladostništvu.....	15
4.4 Težave, s katerimi se soočajo mladostniki.....	16
5 ANKSIOZNOST V MLADOSTNIŠTVU	17
5.1 Oblike anksioznosti v mladostništvu	18
5.2 Vpliv anksioznosti na učno uspešnost	20
6 ZDRAVLJENJE IN PREMAGOVANJE ANKSIOZNIH MOTENJ	22
6.1 Zdravila za zdravljenje anksioznih motenj	22
6.2 Realitetna terapija	23
6.3 Transakcijska analiza	25
6.4 EFT metoda.....	27
6.5 Kdaj in kam po pomoč.....	28
7 SKLEP.....	30
8 VIRI.....	32

1 UVOD

Anksiozne motnje so skupina psihičnih bolezni, katerih glavni znak je tesnoba oziroma anksioznost; stanje živčne napetosti (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Takšna napetost lahko postopoma narašča, ali pa se pojavi nenadoma. Obseg trajanja je lahko nekaj minut, lahko pa nastopi v obliki paničnega napada. Ko se posameznik znajde na točki, da tesnobe ne more nadzorovati, oziroma ima tesnoba nadzor nad njim; je tako močna, da ovira vsakodnevne dejavnosti in vztraja, tudi ko zaznane nevarnosti (ki sproži občutke tesnobe, napetosti) ni več, takrat govorimo o bolezenski tesnobi ali anksioznih motnjah (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Ne preseneča, da se pri ljudeh pogosto pojavlja strah in pretirana zaskrbljenost. Navsezadnje kar naprej poslušamo, da živimo v dobi tesnobe (Salecl, 2007). Ne moremo zanikati, da tehnologija napreduje, vse več je novih neznanih stvari, ki so vse manj in manj pod nadzorom javnosti, zato ljudje slutijo vse vrste prihajajočih katastrof in živijo v strahu (Salecl, 2007).

Želim, da bi moja zaključna naloga o anksioznih motnjah pri mladostnikih prispevala k večji ozaveščenosti in prepoznavanju motenj med mladostniki in možnostjo zdravljenja obolelih oseb. Upam, da se na tak način tudi pripomore k zmanjšanju stigmatizacije oseb z anksioznimi motnjami. Pravijo, da se bojimo tistega, česar ne poznamo.

Namen zaključne naloge je na podlagi pregleda strokovne literature predstaviti anksiozne motnje, ugotoviti prisotnost motenj v obdobju mladostništva, ter opisati 4 načine premagovanja in zdravljenja motenj ter jih kritično ovrednotiti.

V nalogi so zastavljeni naslednji cilji:

- Pojasniti pojem anksioznosti, predstaviti simptomatiko izražanja anksioznosti, opredeliti nekatere anksiozne motnje in njihovo simptomatiko;
- Prikazati prisotnost in pogostost motenj v obdobju mladostništva in mladostnikovo doživljanje ob spoprijemanju z njimi;
- Predstaviti nekatere vrste zdravljenja anksioznih motenj;
- Prikazati, da pomoč obstaja in se je osebe s tovrstnimi težavami lahko okoristijo ter da je pomembno, da najdejo takšen način, ki bo zanje ustrezen.

2 ANKSIOZNOST

2.1 Opredelitev anksioznosti

Slovenska beseda »anksioznost« je tujka, prevzeta iz angleškega in francoskega jezika (ang. *anxiety*, fr. *anxiété*), ob koncu 19. in v 20. stoletju (Snoj, 1977) ter izhaja iz latinske *anxietas* ta pa iz *anxius* (Moingeon, 1992, v Hribar, 2007), ki pomeni: povzročati bolečino, daviti, zatirati, ožiti, utesnjevati (Drosdowski, 1989, v Hribar, 2007). Anksioznost je sinonim besedi tesnoba (iz grščine *anxius*, tesnoben) (Bartol, Tavzes in Aldešič, 2002, v Hribar, 2007). V strokovni literaturi se kot sinonim za anksioznost uporablja tudi beseda »tesnoba«, temu sorodni pojmi pa so še strah, bojazen, panika, napetost, živčnost, fobija (Železnik, 2010).

Avtorji, ki se ukvarjajo z anksioznostjo, pojem definirajo takole:

Tanja Lamovec (1988, v Hribar, 2007) je »anksioznost« opredelila kot izraz, ki se navadno uporablja v dveh pomenih. Nanaša se lahko na anksiozno stanje, za katerega je značilna začasna povečana raven vznburjenja, pri kateri prevladuje simpatik. Ko se pojavi v zmerni obliki, pa predstavlja normalno reakcijo na stres, pri čemer se mobilizira energija organizma (Lamovec, 1988, v Hribar, 2007).

Župančičeva (1996) pojasnjuje anksioznost kot neopredeljeno izkušnjo ogroženosti, neugodja in nemira, ki se ga oseba ne more znebiti in ne more najti rešitve, saj pravzaprav niti ne ve, kaj jo skrbi (Zupančič 1996, v Marjanovič Umek, 2004).

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) anksiozne motnje definirajo kot skupino psihičnih bolezni, katerih glavni znak je tesnoba oziroma anksioznost ali stanje živčne napetosti.

Občutek bojazni prej ali slej v življenju izkusimo vsi ljudje. Bojazni so običajne spremljevalke našega razvoja, sprememb v življenju, novih in nepreverjenih stvari, spremljajo iskanje lastne identitete in smisla življenja. Za njih je značilen difuzen, neprijeten občutek, pogosto spremljan z vegetativnimi simptomi, kot so znojenje, palpitacija, nemir, omotičnost, tresenje, nemir itd. (Stamos, 1997). Zato je anksioznost ali tesnoba del normalnega čustvovanja. Je reakcija ob zaznani nevarnosti ki pripravi naše telo na boj ali beg, poveča aktivnost možganov, pospeši delovanje srca in povzroči boljše prekrvavitev mišic (Stamos, 1997). Za razliko od normalne anksioznosti, pa patološka predstavlja odgovor na stimulus, ki je neustrezen v intenziteti in trajanju (Stamos, 1997). Takrat govorimo o anksioznosti kot o motnji, saj anksiozen odziv pri osebi z motnjo sproži nenevarna situacija, reakcija pa je navadno pretirana ali pa traja predolgo (Kocmur, 1999, Marjanovič Umek, 2004). Taka anksioznost je nekontrolirana, moti in ovira vsakodnevno delovanje, vpliva na kakovost življenja, ovira zmožnost dela ter onemogoča osebni napredek (Dernovšek, Tavčar, Orel, Groše Muhič in Pečenik, 2006). Ljudje z anksioznimi motnjami občutijo tesnobo, ki je ne morejo povezati z nobeno posamično predhodno situacijo in se pojavlja brez ustreznega povoda ali v pretiranem obsegu (Juričević, 2011).

Anksiozne motnje so eden izmed najbolj pogostih duševnih problemov. Anksiozne motnje so v večjem obsegu prisotne pri ženskah kot pri moških (Antony in Swinson, 1996). Pogost pojav pri osebah z anksiozno motnjo je hkratna pojavitev kake druge anksiozne motnje, depresivne motnje, ali odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc ter osebne motnje (Antony in Swinson, 1996). Dejavniki tveganja za anksiozno motnjo so hude zlorabe, duševna motnja staršev, določeno starševsko vedenje (npr. preveč

zaščitniško vedenje) in družinska zgodovina anksioznih motenj (Antony in Swinson, 1996).

2.2 Simptomi anksioznosti

O pojavu anksioznih motenj v patološki obliki govorimo takrat, ko posamezniku predstavlja zelo veliko breme in moti njegovo običajno, vsakodnevno delovanje. Takrat občutek tesnobe traja več kot dva tedna in je posameznik ne more nadzorovati. Simptomi tesnobe so tako hudi in neprijetni, da se posameznik začne izogibati morebitnim razmeram, ki bi lahko sprožile simptome anksioznih motenj, vendar takšno izogibanje strah še dodatno povečuje (Dernovšek, 2009).

Simptomi tesnobe oziroma anksioznosti se kažejo v vztrajnem strahu pred socialnimi situacijami z neznanimi ljudmi, v pretiranem strahu glede številnih dogodkov, aktivnosti ali situacij, v težavah z obteženim dihanjem ali pospešenim utripom srca brez kakršnega očitnega razloga, v doživljanju pretirane tesnobe v interakcijah z vrstniki, v vztrajnem in nerazumljivem strahu pred določenim predmetom ali situacijo (strah pred letenjem, strah pred višino, strah pred določenimi živalmi), v doživljanju občutka zamrznjenosti, v povečani odvisnosti od odrasle osebe in izbruhih togote ob izpostavljenosti predmetu ali situaciji, ki se je oseba boji, v pretiranih skrbih glede kompetentnosti in kakovosti dela, v padcu učinkovitosti pri delu, v pretiranem umivanju, v preverjanju stvari ali preštevanju, v težavah s koncentracijo, v razdražljivosti, pri težavah s spanjem in podobno (Dernovšek, Tavčar, Orel, Groše Muhič in Pečenik, 2006).

2.3 Nevrobiološke osnove anksioznosti

Osrednji del obdelave več emocionalnih krogov predstavlja amigdala. "Obdeluje" visoko obdelane senzorične in kognitivne informacije iz senzornega dela talamusa, senzornih in asociativnih delov skorje in hipokampusu (Meyer in Quenzer, 2005). Komponente strahu obdelajo osrednja jedra v amigdali: aktivirajo vegetativne funkcije, krepijo reflekse, povečajo pozornost, aktivirajo HPA os (os hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza).

Amigdala pomaga pri oblikovanju (Meyer in Quenzer, 2005):

- čustvenih spominov – pogojevanem strahu ali pogojevanem čustvenem odzivu (CER). CER poveže zunanji in averzivni dražljaj. Hitro sproži – dolgo ostane.
- utrjevanju spomina v povezavi s hipokampusom. Ta modulira čustveni odziv.

Anksioznost se pojavi, ko pride do neravnotežja med centri za čustva in centri kortikalne kontrole višjih funkcij (Meyer in Quenzer, 2005).

Anksioznost modulirajo naslednji prenašalci (Meyer in Quenzer, 2005):

- Kortikotropin sproščujoči dejavnik (CRF), je peptidni hormon in nevrottransmitter, ki sodeluje pri odgovoru na stres. Povečano sproščanje (produkcija) CRF je povezano z Alzheimerjevo boleznijo ter depresijo.
- Noradrenalin (NA), je živčni prenašalec simpatičnega živčevja. Spodbuja sposobnost zaznavanja, motivacijo in energijo.
- GABA, sodi med (hitre) zaviralne (inhibitorne) nevrottransmitterje, upočasnjuje

- postsinaptični potencial in ima zaviralni učinek pri prenosu živčnih impulzov.
- Serotonin je vpleten v množico funkcij, poleg razpoloženja, vedenja, učenja, spanja in apetita tudi v anksioznost;
 - Dopamin je nevrottransmitter, ki je poznan v odnosu do občutkov ugodja. Vpleten je v primeru tesnobno pomembnih mehanizmov nagrajevanja in ojačitev (Meyer in Quenzer, 2005).

3 ANKSIOZNE MOTNJE

Anksiozne motnje so skupen izraz za več različnih oblik motenj, ki se med seboj razlikujejo po trajanju in izraženosti anksioznosti, ter vzroku, ki posamezno obliko sproži (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (IVZ, 1995) anksiozne motnje uvršča v skupino nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj. Vanjo spadajo:

- fobične anksiozne motnje (agorafobija, socialne fobije, specifične fobije in druge fobične anksiozne motnje),
- druge anksiozne motnje (panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, mešana anksiozna in depresivna motnja, druge mešane in specializirane anksiozne motnje),
- obsesivno-kompulzivna motnja (pretežno obsesivne misli ali ruminacije, pretežno kompulzivna dejanja ali obsesivni obredi, mešane obsesivne misli in dejanja, druge obsesivno-kompulzivne motnje),
- reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (akutna stresna reakcija, postravmatska stresna motnja, prilagoditvena motnja),
- disociativne (konverzivne) motnje (disociativna amnezija, disociativna fuga, disociativni stupor, stanja transa in motnje obsedenosti, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativna anestezija in izguba senzibilnosti, mešane in druge disociativne (konverzivne) motnje),
- somatoformne motnje (somatizacijska motnja, nediferencirana somatoformna motnja, hipohondrična motnja, somatoformna avtonomna disfunkcija, trajna somatoformna bolečinska motnja in druge somatoformne motnje),
- druge nevrotske motnje (nevračenja, sindrom depersonalizacije-derealizacije, druge opredeljene in neopredeljene nevrotske motnje).

V zaključni nalogi bodo podrobneje predstavljene: generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, socialna fobija, postravmatski sindrom, obsesivno – kompulzivna motnja in socialna anksioznost.

3.1 Generalizirana anksiozna motnja

Je motnja, pri kateri se izraža kronična, pretirana skrb in neobvladljiva zaskrbljenost in anksioznost, brez utemeljenega razloga, zaradi stvari, ki so osebi pomembne in ji predstavljajo neko vrednoto. (Arete, 2008). Oboleli so običajno zaskrbljeni zaradi različnih vsakodnevnih življenjskih okoliščin, kot je zdravje, služba, šola, družina, finančno stanje, neredko skrbi osredotočijo na telesne simptome in skrb, da bodo sami ali njihovi bližnji resno zboleli (Rickels, Rynn in Khalid-Khan, 2002, v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013).

Od psihičnih simptomov so najpogostejši razdražljivost, motnje koncentracije, motnje spanja (bolniki zvečer težko zaspijo), občutek nemira in kognitivna hipervigilnost. Take osebe se lahko počutijo »na robu«, ne morejo se sprostiti, številni so anksiozni že vse življenje (Arete, 2008).

Bolniki z generalizirano anksiozno motnjo družinskega zdravnika pogosteje obiščejo zaradi nejasnosti somatskih težav, bolečine ali motenj spanja, kot pa zaradi anksioznosti. (Hoffman, Duckes in Wittchen, 2008, v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013). Somatski izvori generalizirane anksiozne motnje izvirajo iz dveh virov, mišične napetosti in avtonomne hiperaktivnosti.

Posledica mišične napetosti je bolečina v mišicah, predvsem v ramenskih in hrbtnih, občutek nesposobnosti sprostitve ter tenzijski glavobol. Avtonomna hiperaktivnost lahko vpliva na različne organske sisteme in privede do simptomov, kot so občutek tiščanja ali bolečine v prsih, palpitacije, občutek težkega dihanja, težave prebavit, občutek suhih ust, pogosta frekvenca mikcij, občutek nelagodja v epigastriju, motnje prebave. Hiperventilacija, ki sproži hipokapnijo, povzroča občutek dispneje in vrtoglavice. Vsaj dvakrat bolj verjetno je, da bodo osebe z generalizirano anksiozno motnjo pomoč poiskale pri gastroenterologu, kot pa pri psihologu ali psihiatru, pogosto pa se obračajo tudi na kardiološke ambulante (Hoffman, Duckes in Wittchen, 2008, v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013).

Osebe, ki trpijo za generalizirano anksiozno motnjo, živijo z občutkom konstantne napetosti in tesnobe. Prisoten je dvom vase in v možnost rešitve (Arete, 2008).

Diagnozo generalizirane anksiozne motnje lahko postavimo na osnovi dveh trenutno veljavnih kvalifikacijskih sistemov: Mednarodna kvalifikacija bolezni (MKB – 10, v IVZ, 1995) in DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013).

Po mednarodni kvalifikaciji bolezni je kot vodilni simptom navedena generalizirana, persistentna, prostolebdeča anksioznost. Dominantni simptomi so spremenljivi. Pojavljajo se različne zaskrbljenosti. Po DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013) je vodilni simptom pretirana anksioznost in zaskrbljenost glede različnih dogodkov ali aktivnosti; zaskrbljenost je težko obvladljiva. Po MKB – 10 (v IVZ, 1995) je za postavitev diagnoze potreben kriterij trajanja nekaj mesecev, medtem ko je pri DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013) kriterij večino dni vsaj zadnjih 6 mesecev.

Po MKB – 10 (v IVZ, 1995) so ostali simptomi naslednji (nedoločeno število simptomov iz treh kategorij):

- zaskrbljenost (glede prihodnosti, občutek, da si »na robu«, motnje koncentracije, itd.);
- motorična napetost (nemir, tenzijski glavobol, nezmožnost sprostiti se);
- avtonomna hiperaktivnost (omotičnost, znojenje, tahikardija, epigastrično neugodje, vrtoglavica, suha usta itd.).

Po DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013) so ostali simptomi naslednji (najmanj trije od naštetih simptomov, pri otrocih je potreben le eden):

- nemir, občutek, da si »na robu«;
- hitra utrujenost;
- motnje koncentracije, občutek »prazne glave«;
- razdražljivost;
- mišična napetost;
- motnje spanja (težave pri uspanju, ohranjanju spanja ali pa nemiren, nezadovoljiv spanec).

DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013) omenja kot kriterij tudi motnjo socialnega ali poklicnega delovanja, in sicer, da motnja povzroča pomembno stisko ali motnjo v socialnem, poklicnem delovanju ali na različnih pomembnih področjih življenja. Izključitvena merila za generalizirano anksiozno motnjo po MKB – 10 (v IVZ, 1995) navajajo, da za zadostitev diagnostičnega merila za generalizirano anksiozno motnjo,

hkrati ne smejo biti izpolnjena vsa diagnostična merila za depresivno epizodo, fobične motnje, panično motnjo ali obsesivno-kompulzivno motnjo. DSM – IV (v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013) pa navaja da anksioznost ni povezana oziroma ni omejena na drugo motnjo na osi I, niti ni neposredna posledica fiziološkega učinka psihoaktivnih substanc ali telesne bolezni (npr. hipertrioidizem) in se ne pojavlja le med razpoložensko ali psihotično motnjo.

V Sloveniji uporabljamo klasifikacijski sistem MKB – 10. Nekateri avtorji menijo, da so diagnostična merila MKB – 10 prestroga, predvsem kar zadeva časovna merila in število pridruženih simptomov, saj naj bi zato pomemben delež ljudi z že izraženimi negativnimi psihosocialnimi posledicami anksioznosti in zaskrbljenosti ostal neprepoznan in nezdravljen (Maier, Gansicke, Freyberger, Linz, Heun in Lecrubier, 2002 v Avguštin Avčin in Konečnik, 2013).

3.2 Panična motnja

»Zamislite si trenutek, ko ste se v življenju najbolj ustrašili. Približno tako se počuti človek med paničnim napadom, le da so vsi občutki še veliko bolj intenzivni in da ne ve, zakaj se mu to dogaja.« (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006, str. 37).

Po Eriću (2010) je panična motnja oblika strahu, ki nima vzroka v obstoju telesnih obolenj, niti v delovanju psihoaktivnih substanc in za katero so značilni panični napadi. Napadi panike se pojavljajo, med njimi pa je prisoten intenziven in hromeč strah pred naslednjim paničnim napadom. Kocmur (1999) kot glavno značilnost panične motnje navaja doživljanje anksioznosti, ki se pojavi brez vzroka ali kakršne koli povezave z zunanjo okolščino. Napadi panike so ponavljajoči in nepričakovani in niso posledica nobene konkretne situacije. Panični napad lahko traja od nekaj minut do ene ure in posameznik med paničnim napadom čuti močan strah in številne telesne občutke (Kocmur, 1999).

Številni avtorji (Izard, 1992, Lang, 1988, Beck Emery in Greenberg, 1985, po Antony in Swinson, 1996) opisujejo, da je strah čustvo, ki se razlikuje od občutka anksioznosti. Za razlikovanje doživljanja anksioznosti od strahu bi lahko uporabili naslednji primer. Anksioznost je občutek, ki ga doživlja živčen voznik dan pred naporno celodnevno vožnjo z avtom, medtem ko je strah čustvo, ki ga doživi voznik, ko iznenada naleti na sneženo in poledenelo cesto. Anksioznost je torej zaskrbljenost glede potencialne bodoče nevarnosti, strah in panika pa sta odraz osredotočenosti na trenutno grožnjo (Antony in Swinson, 1996).

Panični napadi običajno niso nevarni, so pa neprijetni. Reakcija »boj ali beg« predstavlja normalno telesno reakcijo v primeru življenjske ogroženosti, aktivacija reakcije »boj ali beg« izven konteksta pa je značilna za panični napad. Tako reakcija »boj ali beg« predstavlja normalno telesno reakcijo v primeru, ko z avtom obtičiš na tirnicah, vlak pa se približuje. Vendar se pri paničnem napadu zgodi, da oseba doživi ravno tako telesno reakcijo, vendar brez okoliščin, ki bi bile zaznane kot življenjsko nevarne (Bourne, 1995, po Adamčič Pavlovič, 2004). Zaradi tega je nemogoče vnaprej predvideti kraj in čas paničnega napada (Stamos, 1997). Pri osebah s panično motnjo je prisotna zaskrbljenost za nadaljnje pojavljanje paničnih napadov ter spremenjeno vedenje zaradi doživljanja paničnih napadov. Zato se take osebe skušajo zavarovati pred doživljanjem anksioznosti, in sicer tako, da se izogibajo športnim dejavnostim, spolnim odnosom in drugim aktivnostim, ki spodbujajo živčni sistem, izogibajo se situacijam v katerih bi se panični

napad lahko zgodil, oziroma v katerih bi bil pobeg iz situacije v primeru paničnega napada težji. Takemu izogibanju se reče agorafobija. Osebe se pogosto poskušajo pomiriti z obiskovanjem zdravnikov, preverjanjem vrednosti krvnega tlaka in drugih telesnih funkcij. (Antony in Swinson, 1996). Grohol (2013) omenja, da se včasih zaradi panične motnje lahko razvije agorafobija (je strah pred odprtimi prostori in zajema tudi strah pred zapuščanjem doma, vstopom v javne prostore, strah pred množico, strah pred potovanjem z javnimi prevoznimi sredstvi in podobno (Grohol, 2013)).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1993a) navaja naslednje kriterije za diagnosticiranje paničnih napadov:

- palpitacije, občutek razbijanja srca in povišan srčni pulz,
- potenje,
- tremor,
- občutek kratke sape in dušenja,
- prsne bolečine,
- trebušne bolečine in slabost,
- vrtoglavica in omotičnost,
- derealizacija ali depersonalizacija,
- občutek izgube nadzora nad samim seboj ali strah, da bo oseba znorela,
- strah pred smrtjo,
- parestezije,
- občutek toplote ali hladnosti.

Za diagnozo panične motnje mora biti prisotnih več paničnih napadov z zgoraj omenjenimi simptomi v obdobju enega meseca z naslednjimi kriteriji:

- panični napadi se pojavljajo v situacijah, ki same po sebi niso nevarne,
- panični napadi ne smejo biti povezani z znano ali pričakovano situacijo,
- med paničnimi napadi ni anksioznosti ali pa je blaga, medtem ko je pogosto prisotna anticipatorna anksioznost, ki pomeni strah pred naslednjim napadom (WHO, 1993b).

Kriteriji za diagnozo zmerne panične motnje so najmanj štirje panični napadi v obdobju štirih tednov, kriteriji za diagnozo hude panične motnje pa so najmanj štirje panični napadi v enem tednu znotraj obdobja štirih tednov (WHO, 1993a).

Za panični napad je značilna naslednja simptomatika: močan čustveni odziv, značilni kognitivni vzorec, nevrokemične in hormonalne spremembe, zaznavne motnje in somatske težave (Jerabek, 2002). Posameznika je zelo strah in ima občutek, da mu grozi smrt (Stamos, 1997). Pojavlja se tudi občutek, da izgublja razum ali da trpi za hudo boleznijo (Grossinger, 2002). Med doživljanjem anksioznosti sta zaznavanje in racionalno mišljenje okrnjena (Grossinger, 2002). Prisotne so tudi težave s spominom, motnje koncentracije in motnje izražanja. V dvajsetih odstotkih se pojavi kratkotrajna nezavest (Stamos, 1997).

Panični napadi se med seboj razlikujejo po stopnji in trajanju. Napad je lahko enkrat in traja samo nekaj trenutkov ali ur, lahko pa se pojavijo ponavljajoči napadi, ki trajajo dneve ali mesece (Grossinger, 2002). Stamos (1997) piše, da panični napad običajno poteka 20 do 30 minut in redko preseže eno uro, Kocmur (1999) pa omenja, da se panični napad sproži nenadoma in traja nekaj minut (do 10 minut). Stamos (1997) ugotavlja, da simptomi izginevajo z različno hitrostjo, pri nekaterih osebah hitro, pri drugih pa postopoma.

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 1995, v Bizjak, 2012) je panična motnja obravnavana pod oznako Fobične anksiozne motnje (F40) in njeno pod oznako Agorafobija (F40.0) brez panične motnje (F40.00) in s panično motnjo (F40.01) in pod oznako Druge anksiozne motnje (F41) in njeno podoznako Panična motnja (epizodna paroksizmalna anksioznost) (F41.0).

3.3 Socialna fobija

Socialna fobija je pretiran, bolezenski strah pred drugimi ljudmi, še posebej, če in ko je bolnik v središču pozornosti (Kocmur, 1999). Nekoliko treme je seveda v takih situacijah povsem normalno, vendar to ni trema, oziroma strah, ki bi onemogočala opraviti nalogo. Socialna fobija pa obolelega bistveno ovira. Najpogostejši je pretiran strah pred javnim nastopanjem, lahko pa se stopnjuje do strahu pred prehranjevanjem v lokalni ali pisanjem v prisotnosti drugih ljudi; npr. podpisovanje. Morebitne malenkostne napake se v takih situacijah oboleli osebi zdijo katastrofalne, počutijo se nesposobne obvladovanja socialnih spretnosti, zato se jim izogibajo in se izolirajo od drugih. Na delovnem mestu, ki zahteva stike z ljudmi, so neuspešni (Stamos, 1997).

Crozier in Alden (2005, v Puklek Levpušček, 2006) definirata socialno fobijo kot trdovraten strah pred situacijami, v katerih je posameznik dejansko ali fiktivno izpostavljen drugim in predpostavlja, da bo njegovo vedenje povzročilo posmehovanje s strani ljudi, njemu pa bo prineslo strahotno ponižanje.

Pri socialni fobiji se neredko pojavi začaran krog anksioznosti. To pomeni, da si oseba predhodno zamišlja svojo anksioznost v situaciji, ki se bo zgodila v prihodnosti (npr. javni nastop), s čimer se začne ta krog vzpostavljati. Zaradi pretirane pozornosti nase nato tudi dejansko doživlja anksiozne simptome (tremor, znojenje, prebavne motnje, mišična napetost, zardevanje, jecljanje itn.). Oseba posledično slabo izpelje nalogo ter nato predpostavi, da nima možnosti izboljšanja v naslednji takšni situaciji in meni, da bo samo še bolj neuspešna, kar povzroči še večjo anksioznost (Puklek Levpušček, 2006). Oseba s socialno fobijo prepozna, da njen strah nima realne osnove in je pretiran (DSM – IV, 1995, v Bizjak, 2012). Vendar strah pred socialnimi situacijami resno ovira bolnikovo vsakdanje življenje, zato se izogiba situacijam, ki zahtevajo socialno aktivnost.

Čeprav je strah pred negativnim vrednotenjem v socialnih situacijah pogost, diagnozo socialne fobije postavimo le, če ta pomembno ovira posameznikovo vsakodnevno delovanje, njegove rutinske dejavnosti ter vzpostavljanje socialnih in intimnih stikov ter delovno učinkovitost (Puklek Levpušček, 2006).

Diagnostični kriteriji socialne fobije, kot jih opredeljujejo strokovnjaki APA (Ameriško psihiatrično združenje) (DSM – IV, 1995, v Bizjak, 2012):

- Intenziven in trajen strah v eni ali več socialnih situacijah, v katerih je oseba v družbi nepoznanih ljudi, ali je izpostavljena pozornosti drugih. Pri tem se oseba boji, da bo s svojim obnašanjem ali izražanjem anksioznih simptomov doživela posmehovanje drugih ljudi in ponižanje;
- Izpostavitve socialni situaciji, ki jo oseba dojema kot grožnjo, vedno izzove anksioznost, ki se lahko spremeni tudi v panični napad, pri otrocih pa se pojavi jok, nemir, odrevenelost ali umik iz nepoznanih socialnih situacij;
- Oseba prepozna, da je strah pretiran in nerazumen;

- Oseba se izogiba ogrožajočim socialnim situacijam ali javnemu nastopanju ali v takšnih situacijah doživlja intenzivno anksioznost;
- Izogibanje, anksiozna pričakovanja ter motnje v ogrožajočih socialnih situacijah ovirajo vsakodnevno delovanje osebe, opravljanje dela, socialno delovanje ter čustvene odnose;
- Pri osebah, mlajših od 18 let, morajo simptomi trajati vsaj šest mesecev;
- Strah in izogibanje ni posledica fiziološkega učinka psihoaktivnih substanc ter splošnega zdravstvenega stanja in niso del kakšne druge duševne motnje;
- Ob prisotnosti indikatorjev splošnega zdravstvenega stanja ali drugih duševnih motenj se socialni strahovi ne pojavijo zaradi teh stanj in motenj, npr. zaradi jecljanja ali tremorja.

3.4 Posttravmatski stresni sindrom

Posttravmatski sindrom ali posttravmatska stresna motnja nastane kot zakasnel ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke (Ziherl, 1997). DSM – IV (APA, 2000, v Bizjak, 2012) opredeli to motnjo kot posledico izpostavljenosti stresorja v travmatičnem dogodku, v katerem je bila oseba priča, ali soočena z dogodkom, oziroma dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni integriteti posameznika ali drugih. Stresorji, ki lahko povzročijo to motnjo, so danes zelo pogosti, različni in univerzalni (npr. roparski napad, posilstvo, vojne travme, ugrabitev, mučenje, ujetništvo, prometna nesreča, seznanitev z neozdravljivo boleznijo itd.). Ziherl (1997) navaja tudi, da pri tej motnji igrajo vlogo predisponirajoči dejavniki, kot so osebne poteze kompulzivne ali asistenčne oblike ali pa že poprej znano nevrotično vedenje. Take osebne poteze lahko znižujejo prag za razvoj te stresne motnje ali pa so simptomi zaradi njih hujši. Motnja se lahko pojavi pri vsaki starosti, tudi pri otrocih. Znaki motnje se običajno pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, lahko pa tudi zakasnjeno za več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna motnja, ki pa se potem nadaljuje v obliki posttravmatske stresne motnje.

Diagnostični kriteriji, potrebni za postavitve diagnoze so (Ziherl, 1997):

- Človek je bil izpostavljen kateri od prej omenjenih travm,
- Travmatski dogodek se podoživlja v ponavljajočih se vsiljivih mislih o stresnem dogodku, raznih zaznav in v obliki podob ("flashbacks"),
- Ponavljajo se moraste sanje o stresnem dogodku,
- Huda čustvena stiska ob soočanju z vsem, kar človeka spominja na stresni dogodek,
- Nепrestano izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom in otopelost oziroma nasploh slabše odzivanje na dogajanje v okolici, ki se lahko kaže v simptomih kot so:
 - vsakodnevno izogibanje mislim, občutkom ali pogovorom, povezanih s stresnim dogodkom,
 - izogibanje krajem ali ljudem, ki spominjajo na stresni dogodek, nesposobnost, da bi se spomnili kakšnega pomembnega vidika stresnega dogodka,
 - znatno zmanjšano zanimanje za pomembne dejavnosti ali sodelovanje pri njih,
 - občutek utrujenosti ali odmaknjenosti od drugih,
 - omejeno čustvovanje, občutek, da ni nobene prihodnosti,

- simptomi povečane vzburjenosti, ki se lahko kažejo v obliki težav s spanjem, z razdražljivostjo, z izbruhi jeze ali težavami s koncentracijo,
- motnja mora trajati najmanj mesec dni, povzroča duševno stisko in slabo vpliva na človekovo socialno, poklicno ali intimno življenje.

DSM – IV (2000, v Bizjak, 2012) opredeljuje vsiljevanje kot podoživljanje travmatičnega dogodka vedno znova, na vsaj enega od naslednjih načinov:

- ponavljanje vsiljenih, mučnih travmatičnih spominov, ki vsebujejo slike, misli ali zaznavo dogodka. Pri otrocih se to ponavlja v obliki ponavljajoče se igre, kjer je izražen otrokov pogled na travmo;
- ponavljajoče se mučne travmatske sanje o dogodku; lahko gre za nočne more, katerih vsebina ni prepoznavna;
- občutek ali delovanje, da se travmatični dogodki vračajo (prisotnost iluzij, halucinacij, raznih zaznav v obliki podob);
- intenzivna duševna stiska ob izpostavljenosti notranjemu ali zunanjemu dražljaju, ki simbolizira ali je podoben določenemu aspektu travmatičnega dogodka;
- intenzivna telesna stiska ob izpostavljenosti notranjemu ali zunanjemu dražljaju, ki simbolizira ali je podoben določenemu aspektu travmatičnega dogodka.

3.5 Obsesivno kompulzivna motnja

»Obsesivno kompulzivna motnja so ponavljajoče se misli (obsesije) ali vedenje (kompulzije), s katerimi nekdo blaži tesnobo in jih ne more nadzirati. Obsesije so neprijetne misli, impulzi ali podobe, ki se posamezniku neprestano vrivajo v misli, kljub velikemu trudu, da bi jih zaustavil (npr. nekdo ves čas misli, da se bo okužil z bakterijami). Kompulzije pa so ponavljajoča se nesmiselna vedenja, s katerimi nekdo skuša zmanjšati tesnobo, ki je nastala zaradi vsebine obsesivnih misli (npr. zaradi strahu pred okužbo z bakterijami neprestano čisti ali si umiva roke); taka vedenja so nepotrebna in nesmiselna« (Dernovšek idr., 2006, str. 37)

Riggs in Foa (2006) navajata, da so simptomi, značilni za obsesivno kompulzivno motnjo, v veliko kulturah znani že stoletja. Sindrom obsesivno-kompulzivne motnje je kot patološki problem prvič opredelil Esquirol leta 1838 (Riggs in Foa, 2006).

Za obsesivno-kompulzivno motnjo je tipičen perfekcionizem, splošna psihološka nefleksibilnost, rigidnost, konformnost do pravil in postopkov, morale ter reda in pravilnosti. Obolela oseba postane preokupirana z neobvladljivimi miselnimi vzorci ter vzorci dejanj. Simptomi lahko povzročijo veliko stisko ter ovirajo posameznikovo poklicno in socialno funkcioniranje (Ziherl, 1997).

Značilnosti te motnje sta dihotomno razmišljanje, nagnjenost videti stvari na način vse ali nič in v strogo črno belih tonih. To je tisto, kar je pri obsesivnih podlaga za togost, zavlačevanje in perfekcionizem. Druga značilnost pa je pretiravanje ali močno pretiravanje glede pomembnosti ali posledic nepopolnosti ali napake.

Značilnost mnogih ljudi z obsesivno – kompulzivno motnjo je tudi, da razmišljajo na način »naj bi« in »moram«. Ta stil razmišljanja jih vodi v smer, da delajo tisto, kar mislijo, da morajo; glede na njihove stroge internalizirane standarde; namesto da bi delali, kar si želijo. In če ne naredijo tega, 'kar naj bi', se počutijo krive in so samokritični. In če drugi ne naredijo 'kar naj bi' naredili, si zaslužijo jezo in grajo.

Obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti se odraža v različnih kontekstih, kar je navedeno z najmanj štirimi (ali več) naslednjimi simptomi:

- prevzetost s podrobnostmi, pravili, sezname, redom, organizacijo ali urniki (razporedi) do stopnje, ko se bistvo aktivnosti (delovanja) izgubi;
- perfekcionizem, ki ovira opravljanje nalog (tako je nezmožen/-a opravljati nalogo, ker njegovi oz. njeni strogi standardi niso doseženi);
- pretirana predanost delu in produktivnosti, izključevanje prostočasnih aktivnosti in prijateljstva;
- pretirana skrbnost, natančnost in nefleksibilnost, kar se tiče morale, etike ali vrednot;
- nenaklonjenost k delegiranju nalog ali k delu z drugimi (timskem delu), če se drugi ne uklonijo in ne delajo na popolnoma njegov način;
- skop potrošniški stil tako do sebe, kot do drugih; na denar gleda kot na nekaj, kar je potrebno nalagati za bodoče katastrofe;
- rigidnost in svojevoljnost (nepopustljivost);
- nesposobnost vreči stran izrabljene ali ne vredne predmete, čeprav nimajo nikakršne sentimentalne vrednosti.

APA je leta 2000 (v Taylor, Abramowitz in McKay, 2007) obsesivno-kompulzivno motnjo opredelilo kot motnjo, za katero so značilne obsesije ali kompulzije ali največkrat oboje. Konceptualizacija motnje načeloma zajema tako vsiljive misli in ideje, ki ustvarjajo zaskrbljenost, kot tudi ponavljajoča se vedenja.

DSM-IV v definiciji obsesivno-kompulzivne motnje ohranja dvojnost simptomov, čeprav se osebi lahko postavi diagnozo, tudi, če so prisotne samo obsesije ali smo kompulzije (1994, v Riggs in Foa, 2006). DSM – IV (2000, v Taylor, Abramowitz in McKay, 2007) definira obsesije kot vztrajne ideje, misli, impulze ali podobe, ki jih oseba doživlja kot vsiljive in neprijetne in povzročajo anksioznost ali zaskrbljenost. Kompulzije pa definira kot ponavljajoče se vedenje (npr. umivanje rok, preverjanje, urejanje ipd.) ali mentalne aktivnosti (npr. ponavljanje molitev, štetje, ponavljanje besed), katerih cilj je preprečiti ali zmanjšati anksioznost ali zaskrbljenost, in nikakor ne zagotovitev zadovoljstva oziroma zadovoljitve.

3.6 Socialna anksioznost

Socialna anksioznost se pojavi kot posledica posameznikove zaznave, da s svojo socialno predstavitvijo ne zadovoljuje standardov vedenja in zaželene pojavnosti v določeni skupini ljudi. Ob tem pričakuje negativne odzive s strani socialnega okolja (Puklek Levpušček, 2006).

Puklek Levpuščkova (2006, str. 10) podaja še naslednjo definicijo: »Socialna anksioznost je kognitivno – afektivni sindrom, ki ga kot vse vrste anksioznosti označuje fiziološko vzbujenje (vzbujenje simpatičnega živčnega sistema) ter zaskrbljenost zaradi možganskih negativnih izidov, za katere je oseba prepričana, da jih ne zmore preprečiti« (Leary, 1983, v Puklek Levpušček, 2006, str. 10). Simptomi anksioznosti se pojavljajo v različnih socialnih situacijah, kot so nastopanje v javnosti, spoznavanje ljudi, zmenki, telefoniranje, pogovor z avtoriteto, druženje s prijatelji, delo v učni skupini itd. Socialno anksiozna oseba ima v takšnih situacijah občutja neugodja in napetosti, negativno razmišlja o svoji socialni pojavnosti ter teži k umiku iz socialne situacije, ki jo zaznava kot ogrožajočo.

Da z zanesljivostjo postavimo diagnozo socialne anksioznosti moramo biti pozorni na (Puklek Levpušček, 2006):

- Vedenjske, psihološke in fiziološke simptome, ki morajo biti izraz anksioznosti in ne neke druge motnje, na primer različnih obsesij ali blodnjavosti.
- Socialna anksioznost mora biti locirana in mora prevladovati v določeni socialni situaciji
- Izogibanje fobičnim dogodkom ali položajem.

Socialno fobijo je težko razlikovati od agorafobije, zelo pogosto pa predstavljajo težavo pri določanju diagnoze tudi osebnostne poteze posameznika. Takrat nam bo pomagala anamneza o nedvomnem napadu anksioznosti (Puklek Levpušček, 2006).

3.7 Vzroki anksioznih motenj

Na razvoj anksioznih motenj vpliva preplet različnih dejavnikov (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Spodaj naštetih dejavnikov povzročijo, da je oseba bolj dovzetna za razvoj anksioznih motenj. Prisotni so že nekaj časa pred razvojem motnje:

- anksiozne motnje v družini,
- prirojena nagnjenost k anksioznosti,
- nekatere osebnostne lastnosti (perfekcionizem, želja in potreba po obvladovanju položaja, velika potreba po varnosti, nagnjenost k pripisovanju manjše vrednosti svojim sposobnostim reševanja problemov).

Spodaj naštetih dejavnikov sprožijo anksiozne motnje in se pojavijo tik pred pojavom anksioznosti:

- neprijetni dogodki,
- zdravstvene težave,
- izgube (smrt bližnjih, prometna nesreča, ločitev, denarne težave, brezposelnost),
- osamljenost.

Spodaj naštetih dejavnikov vzdržujejo anksiozne motnje in so včasih prisotni že nekaj časa pred razvojem motnje ali pa se pojavijo tik pred pojavom anksioznosti:

- nezaupanje vase,
- nezaupanje v rešitev težave,
- težave v medosebnih odnosih,
- nesporazumi v službi,
- drugo.

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) še dodajajo, da je pomembno usmerjanje moči v tiste dejavnike, ki dopuščajo možnosti za izboljšanje in kjer lahko oseba s svojim prizadevanjem doseže največje kakovostne spremembe.

4 MLADOSTNIŠTVO

Mladostništvo ali adolescenca (lat. *adolescere*, pomeni dozorevati), je razvojno obdobje med koncem otroštva in začetkom zgodnje odraslosti, med približno 11-12 in 22-24 letom starosti. Gre za obdobje pospešenega telesnega razvoja, vključno z naraščanjem zrelosti, ki sledi intenzivni telesni rasti in se nadaljuje v zgodnja dvajseta leta (Zupančič, 2004a).

Obdobje mladostništva je za osebni razvoj zelo pomembno, saj pomeni prehod iz nesamostojnega življenja, ter odvisnosti od družine k samostojnemu življenju. V tem obdobju se človek izoblikuje za vlogo odrasle osebe, ki bo morala skrbeti zase. V tej dobi se doseže tudi vrhunec telesnih sprememb in intelektualnih funkcij. V ospredje stopijo tudi težave, povezane z oblikovanjem lastne identitete, in težave z vzpostavljanjem odnosov. To obdobje pogosto povezujejo tudi z t.i. uporniškimi obnašanjem, kot posledica težnje k osamosvojitvi ter oddaljenosti od dosedanjih vzorcev in avtoritet (Musek in Pečjak, 1996).

Vpliv na prehod iz enega življenjskega obdobje v drugo imata tako genetika kot okolje. Vsak posameznik se zaradi dednega zapisa v genih razvija in raste, medtem ko okolica postavlja pred njega določene zahteve in pričakovanja. To je razvidno posebej v obdobju mladostništva, ko posameznik duševno in socialno zori v odraslo osebo, vendar ga še vedno spremljajo nekatere značilnosti otroka. Poznan je tudi izraz puberteta, ki pa se velikokrat zamenja za adolescenco. Pri puberteti gre za proces pospešenega telesnega razvoja, medtem ko za adolescenco velja, da je proces socialnega in duševnega dozorevanja. Poteka v zgodnjem mladostništvu okvirno od desetega do trinajstega leta pri dekletih in okvirno od dvanajstega do petnajstega leta pri fantih. Obdobje pubertete se konča s t.i. biološko zrelostjo posameznika, medtem ko se adolescenca nadaljuje še več let po doseženi biološki zrelosti (Vičič, 2002).

Mladostništvo je obdobje, ko si posameznik nabira nove izkušnje, znanja in sposobnosti, kar omogoča mladi osebi zblížanje z okolico in korist v prihodnjem življenju z izoblikovanjem svoje lastne identitete (Zupančič in Svetina, 2004).

4.1 Razvojne naloge v mladostništvu

Horvat in Magajna (2002, v Zupančič, 2004a) navajata naslednje razvojne naloge v mladostništvu:

- ustvariti zrelejše odnose z vrstniki obeh spolov;
- oblikovati svojo spolno vlogo in identiteto;
- sprejemanje in učinkovito uporabljanje svojega telesa;
- oblikovanje čustvene neodvisnosti od staršev in drugih odraslih;
- pripravljanje na zakon in družinsko življenje;
- oblikovanje odnosa do dela in priprava na poklicno udejstvovanje;
- oblikovanje lastnega sistema vrednot in etičnih načel;
- želja in sposobnost opravljati družbeno odgovorne dejavnosti.

Kljub nekaterim razlikam imajo razvojne naloge v vseh družbah in obdobjih skupne poteze. Ko se posameznik sooči in spoprijema z razvojnimi nalogami, postopoma razvija niz prepričanij in vrednot, ki jim bo v prihodnje sledil. Taka usmeritev mu omogoča dosledno ravnanje v raznolikem okolju (Zupančič, 2004a).

Žlebnič (1975) navaja, da lahko adolescenco mnogo lažje določimo glede na njen začetek kot glede na njen konec. Trajanje adolescence je zelo odvisno od družbene in kulturne razvitosti, hkrati pa na njen čas trajanja vpliva tudi proces osamosvajanja ter na celotno osebnostno zrelost. Zrelost posameznika ne prihaja nenadno, zato ne moremo ugotoviti, kdaj bo posameznik v celoti dosegel zrelostno raven. Vičič (2002) navaja, da adolescenca traja še leta po doseženi biološki zrelosti, saj mladostnik dozoreva in odrašča postopoma, vse dokler ne doseže stopnje, ko je zmožen skrbeti sam zase.

4.2 Značilne potrebe v mladostništvu

V obdobju mladostništva se pojavijo nekatere nove potrebe, ki jih ni bilo v otroštvu, ali pa so bile v otroštvu s strani otroka zadovoljene na drugačen način. Mladostnik nekatere potrebe prinese s seboj iz otroštva, kot je npr. potreba po varnosti, ki predstavlja njegovo prvo potrebo in pravico. Obdobje mladostništva predstavlja veliko potreb, ki se jih mladostnik mora naučiti zadovoljevati, zato potrebuje zaščito in pravico do napak, ter ljudi, ki jim zaupa, da mu predstavijo svet. Vstop posameznika v obdobje mladostništva je odvisen od ljubezni odraslega, kar ga naredi dosegljivega za usmerjanje in učenje, a hkrati tudi ranljivega za manipulacije in zlorabe (Pavlovič, 1990).

V obdobju mladostništva ni več tolikšne potrebe po ljubezni, potrditvi in naklonjenosti s strani staršev in družine, temveč predvsem s strani širšega okolja in s strani vrstnikov. Mladostnik potrebuje predvsem zmožnost za samostojno opravljanje nekaterih stvari, ob vsem tem pa varnost, spoštovanje in naklonjenost (Zupančič, 2004b).

Osnovna človeška potreba, ki je v obdobju mladostništva še posebej v ospredju, je potreba po druženju. To potrebo ima vsak, vendar se pri različnih osebah različno manifestira. V obdobju mladostništva je potreba po druženju ključnega pomena, saj kaže na mladostnikovo osamosvajanje od družine, oblikujejo se novi vzorci vedenja in še bolj prisotno je vzpostavljanje odnosa z nasprotnim spolom (Zupančič, 2004c)

4.3 Pomen družine v mladostništvu

Obdobje adolescence spada med najtežje in najresnejše preizkuse kakovosti odnosov v družini. Od kakovosti družinskih odnosov je odvisno, na kako uspešen način bo mladostnik prebrodil krizo odraščanja in s tem razširil eno temeljnih razvojnih nalog mladostništva – izgradnjo identitete. V strukturi, ki je bila vzpostavljena v otroštvu, se mladostnik čuti omejen, zato si želi pridobiti več vplivanja na družinski sistem, kjer je moč med staršema deljena in kjer je dovolj možnosti za pogajanje med člani sistema. Mladostnik se želi otresti dominantnosti staršev, ter s tem pridobiti več samostojnosti in svobode. Vendar se ne želi ločiti od svoje družine, temveč si s pogajanjem želi vzpostaviti novo vlogo in odnose, ki so bolj enakopravni in vzajemni. V družini, kjer je nadzor staršev bolj prožen in uravnotežen s podporo in sprejemanjem, ima mladostnik večje možnosti za zdrav razvoj v obdobju svojega življenja (Polšak-Škraban in Dekleva, 1997).

Mladostnik prinese v družino številne vrednote, ki se kažejo tako v stikih z družino, kot v ožjem in širšem okolju. Prejšnje, že utrjene vrednote pa je pripravljen brezobzirno skritizirati ali celo zavreči. Ima svoja estetska in moralna merila, ki jih nepopustljivo in neuvidevno zagovarja. S tem išče nove vrednote in ocenjuje že poznane, predvsem, kadar opaža, da si starša nista enotna v ravnanju. Če družina mladostnikove vrednote dojema s strpnostjo in razumevanjem, postane mladostnik bolj pripravljen spoštljivo gledati na načela in vrednote odraslih članov svoje družine. V adolescenci, ko mladostnik postopno

odrašča, je istovetenje z odraslimi pospešeno. Pomembno vlogo pri tem igra tudi čustvena navezanost med družino in mladostnikom, ki ugodno vpliva k pozitivni identifikaciji mladostnika. V družini lahko mladostnik oblikuje zrel odnos, ki mu daje oporo in mu veča samozavest (Žmuc-Tumori, 1983).

4.4 Težave, s katerimi se soočajo mladostniki

Večina težav v mladostniškem obdobju izhaja iz t.i. vklešččnosti mladega posameznika med zahteve, ki jih pred njega postavljata »notranje realnost« (telesna rast, nove potrebe, nove sposobnosti) in »zunanja realnost« (spremenjene zahteve in pričakovanja družbenega okolja). Izvor problemov pri mladostniku pa predstavlja predvsem način, kako mladostnik vse te zahteve doživlja. Glede na to se ustvarjajo tudi novi mehanizmi in oblike prilagajanja pri posameznem mladostniku (Zupančič in Svetina, 2004).

V nadaljevanju so predstavljeni problemi v povezavi z oblikovanjem samopodobe, z odnosi s starši, z odnosi v skupini vrstnikov, s šolanjem in izbiro poklica ter s spolnostjo in ustvarjanjem spolne vloge.

Slika samega sebe je predstavljanje osebne ocene oziroma različne vidike lastne osebnosti in idej o samem sebi (Zupančič in Svetina, 2004). To vključuje tudi predstavo o lastnem telesu, predstavo o družbi, spolno vlogo ter lastne sposobnosti posameznika. Mladostništvo prinaša s seboj nove sposobnosti in telesno nestabilnost, kar posamezniku lahko povzroči nestabilno telesno samopodobo. To lahko pripelje do težav pri prilagajanju, kar se lahko odraža na asocialnem in antisocialnem vedenju (Zupančič in Svetina, 2004). Mladostnikove skrbi glede lastnega telesa povzročijo zmanjšanje samozavesti, kar posledično vodi v nezaupanje in kritično mišljenje o sebi (Braconnier, 2005).

Spremembe, ki jih doživlja mladostnik, so zelo vidne pri medosebnih odnosih v družini. Mladostnik se začne oddaljevati od staršev, kar kaže z vse večjim zavračanjem njihove pomoči, saj družina postaja manj pomembna v njegovem čustvenem življenju (Braconnier, 2005). Med mladostnikom in starši pride do veliko konfliktov, ki pa so večinoma posledica različnih pričakovanj glede šolanja, socialnih dejavnosti, družinskih odnosov in moralno – normativnega vedenja (Zupančič in Svetina, 2004).

Oblikovanje zadovoljive vrstniške identitete je za mladostnika ključnega pomena v njegovem razvoju. Sprejetost s strani vrstnikov in identifikacija s skupino sta najbolj obremenjujoči skrbi za mladostnika (Braconnier, 2005). Mladostnik mora prilagoditi svoja mnenja, stališča in dejanja prevladujočim značilnostim vrstniške skupine, da ga ta sprejme in mu s tem nudi čustveno oporo in razumevanje z razvijanjem vzajemnega odnosa (Zupančič in Svetina, 2004).

Spreminjanje čustvenih zmožnosti in sposobnosti za sporazumevanje z drugimi med adolescenco vpliva tudi na šolanje. V mladostniku se prebudijo nova zanimanja, ter z njimi povezana želja po samostojnosti in neodvisnosti (Braconnier, 2005). Mladostnik v šoli kaže svoje težnje po spremembi statusa in s tem enakopravnejši odnos, ki bi temeljil na vzajemnosti z učitelji in sodelujočimi v življenju in delu šole. Največje število problemov, ki izhajajo pri mladostniku v času njegovega šolanja, je povezanih z odnosom med učiteljem in učencem, s prilagoditvijo na pravila življenja in dela v šoli in s t.i. učnimi težavami mladostnika (Zupančič in Svetina, 2004).

5 ANKSIOZNOST V MLADOSTNIŠTVU

Veliko mladostnikom je znan občutek nedoločene stiske, ki se lahko od notranjega nemira stopnjuje do prave groze, in sicer pred nečim strašnim ali neznanim. Tesnoba ali anksioznost je nerazdružljivo povezana z raziskovanjem in pričakovanjem še neizživetega odkrivanja v življenju mladostnika. Takim občutkom se ne izogne noben mladostnik. Razlike v doživljanju anksioznosti pri mladostnikih se pojavijo samo v načinih, kako jo premagujejo, obvladujejo ali z njo živijo. Anksioznost je torej sestavni del mladostnikovega odraščanja. Izid boja med mladostnikom in anksioznostjo je odvisen od osebnih lastnosti, spodbud in okolja, v katerem živi (Žmuc-Tumori, 1983). Obvladanje anksioznosti je pri nekaterih mladostnikih učinkovito, saj njihov trud in zadoščanje prinaša prizadevanje v dejavnosti, ki zagotavljajo pozitivno rešitev. V tem primeru anksioznost mladostnika sili v dejavnosti, ki gradijo njegovo osebnost, saj je spodbudna in za njegovo dozorevanje pozitivna. Vendar pa je mladostnikovo spopadanje z anksioznostjo velikokrat negativno usmerjeno. Takrat mladostnik skuša občutke tesnobe dušiti in jih obvladati z različnimi oblikami vedenja, ki ga spravljajo v spor z okoljem in razvojem njegove osebnosti. V tem primeru lahko občutje tesnobe prevzame ključno mesto za razvoj duševnih motenj.

Neprijetni vendar obvladljivi občutki tesnobe lahko privedejo do soočenja mladostnika z občasnimi tesnobnimi krizami. Napadi tesnobe, nemira in vznemirjanja močno vplivajo na mladostnika ter njegov okoliš. Zaradi tega lahko pride do neštetihi zaporedij neugodnih dogajanj. Do tega lahko pride brez znanega vzroka, zlasti pri občutljivem ali manj odpornem mladostniku (Žmuc-Tumori, 1983).

Mnogi izvori anksioznosti v mladostništvu se prenašajo že iz otroštva. Ti so npr.: potencialne fizične nevarnosti (bolezni v družini – mladostnik se boji, da bo zbolel za katero od prisotnih bolezni v družini), strah pred izgubo staršev, zaznana neučinkovitost pri obvladovanju težav ali pričakovanj okolja ter osebnih, starševskih ali družbenih standardov vedenja (previsoka pričakovanja staršev, strah pred neuspehom). Prav tako se v mladostništvu pojavi anksioznost, ki izvira iz strahu pred izgubo nadzora nad seboj. Pogosteje se pojavlja pri posameznikih z močnejše izraženimi agresivnimi impulzi in tistimi, ki so razvili manj učinkovito spoprijemanje s psihološkimi konflikti (Žmuc-Tumori, 1983).

Zaradi skrbi glede vrstniškega sprejemanja in konflikta med odvisnostjo in neodvisnostjo od staršev, se pri mladostniku anksioznost začne pojavljati še pogosteje. Zavedati se začne, da njegova neodvisnost lahko privede do negativnih posledic saj hkrati pridobi večjo odgovornost za svoja dejanja. Prav tako dvomi glede sprejetosti v okolici kateri se giblje, vodijo do anksioznosti. Zaradi hitrihi telesnih sprememb oziroma povečane usmerjenosti na svoje telo, ki jih doživi mladostnik, lahko hitro zapade v anksioznost, saj svoj telesni videz primerja s kulturnimi standardi, ki so najpogosteje nedosegljivi. Največkrat na sebi opazijo pomanjkljivosti zunanje videza, ki je namišljen, redko kdaj dejanski. Mladostniki so precej dovzetni za doživljanje tesnobe in negotovosti v situacijah, ki si jih ne znajo razumno razložiti. Prav tako mu različne razvojne naloge, s katerimi se spoprijema, vzbujajo skrbi in razmišljanja, ki povzročijo čustveni konflikt oziroma negotovosti glede lastne kompetentnosti, kar pa posledično prinaša anksioznost (Zupančič, 2004b).

Povečano čustvovanje pri mladostnikih se kaže predvsem v večji razdražljivosti, občutljivosti in labilnosti. Čustvo anksioznosti se kaže kot neopredeljen strah oziroma zelo nedoločena in neprijetna napetost neznanega izvora. Vičič (2002) ob tem navaja razloge za pogosta anksiozna stanja v obdobju mladostništva:

- nerazjasnjene nove spolne potrebe,
- dvom o svojih sposobnostih za dosego neodvisnosti,
- skrb za status, ugled in spretnost med vrstniki,
- sprejemanje nove telesne podobe,
- vprašanja o tem, kdo sem in kaj bom postal,
- pritiski šole in staršev.

Anksioznost se pri mladostniku najbolj manifestno izraža s telesnimi simptomi (hitro utripanje srca, občutek notranjega trepetanja, potenje, tremor, nespečnost, glavobol, prebavne motnje). Telesni znaki anksioznosti lahko pomenijo sekundarni vzrok za stopnjevanje socialne negotovosti in negativne samopodobe. Mladostnik ob telesnih izrazih doživlja še dodatno negativno izkušnjo, ter se ne zanese nase in s tem še bolj izgublja možnosti zdravega samopotrjevanja (Tomori, 1999).

Anksioznost se lahko razvije pri mladostniku v tako majhni meri, da je komaj zaznavna, lahko pa je tako intenzivna, da je razvidna tudi navzven in vpliva na njegovo celotno vedenje in življenjski slog. Kazalci anksioznosti pri mladostniku so (Dernovšek, Tavčar, Orel, Groše Muhič, in Pečenik, 2006):

- vztrajen strah pred socialnimi stiki z neznanimi ljudmi,
- pretiran strah glede številnih dogodkov, dejavnosti in razmer,
- težave z oteženim dihanjem, pospešenim bitjem srca brez očitnega vzroka, težave s spanjem,
- doživljanje tesnobe pri stikih z vrstniki ali drugimi ljudmi,
- vztrajen in nerazumljiv strah pred določenimi predmeti ali določenimi okoliščinami,
- doživljanje občutka zamrznjenosti,
- povečana odvisnost od odrasle osebe in izbruhi togote,
- pretirana skrb zaradi lastnih zmoglosti in kakovosti (npr. šolski uspeh),
- manjša učinkovitost in težave s koncentracijo,
- zavračanje socialnih dejavnosti,
- pretirano umivanje, preverjanje stvari in preštevanje.

5.1 Oblike anksioznosti v mladostništvu

V življenju mladostnika prihaja do številnih oblik anksioznosti, ki lahko porušijo njegovo notranje ravnotežje. Med najpogostejše oblike anksioznosti v obdobju mladostništva Tomori (1999), prišteva in navaja značilnosti naslednjih oblik anksioznosti: separacijska anksioznost, fobična anksiozna stanja in socialna anksioznost.

Separacijska ali odtujitvena anksioznost je hud strah pred izgubo oseb, na katere je mladostnik navezan. Mladostnik se pretirano boji vsakršne ločitve od oseb, ki mu zagotavljajo varnost in zaščito. Muči ga strah, da ga bodo zapustile, da se jim bo kaj hudega zgodilo, ter se s temi mislimi grozovitih predstav tako ukvarja, da je za drugo povsem nezbran. Odklanja vsako dejavnost, ki bi ga odtujila od domačih, zato je prikrajšan

tudi na področju socializacije. Zgodi se, da odklanja šolo ali kakšno zanj privlačno aktivnost. Domačih, običajno matere, se fizično oklepa, tudi še v obdobju, ko bi moral biti samostojen. Vsak poskus začasne in nujne ločitve ga spravi v paniko in grozo. Že samo možnost, da bo moral biti za krajši čas sam, sproži pri njem tesnobo, telesne težave, moraste sanje in strah pred izgubo (Tomori, 1999).

Že v otroštvu se pri nekaterih lahko pojavi strah pred določeno situacijo, bitjem ali predmetom, ki je povsem podoben fobiji pri odraslih. Fobija iz otroštva se lahko prenese v mladostništvo, predvsem po kakšnem travmatičnem dogodku kot npr.: mladostnikov pretiran strah pred vodo, ker se je v otroštvu skoraj utopil. Fobična anksiozna stanja povzročijo pri mladostniku v večini iste znake kot pri odraslih (pospešeno bitje srca, občutki stiske, obupa in panike, nezmožnost preusmeritve pozornosti od strahu, silovita želja pobegniti iz stiske) (Tomori, 1999).

Socialna anksioznost se kaže kot pretirana zaskrbljenost, plašnost in prestrašenost v socialnih okoliščinah. Mladostnik s tovrstnimi težavami je ves čas zaskrbljen in premišljuje o vseh vrstah neuspehov, polomov in nevarnosti. Večinoma je napet in nezaupljiv do sebe in do drugih. Mladostnik se umika iz okoliščin, ki bi mu prinesle to vrsto preizkušenj. Zaradi umikanja v svoj svet so ti mladostniki prikrajšani za nujne razvojne izkušnje in ne morejo do polne mere razvijati svojih zmogljivosti, kar pa lahko ima posledice v kasnejšem poteku življenja (Tomori, 1999).

Gregorič-Kumperščak (2011 v Bizjak, 2012), navaja še značilnosti panične in generalizirane anksiozne motnje v mladostniškem obdobju:

Panični napadi so predvsem značilni za razvojno obdobje mladostništva. Mladostnik brez znanega in smiselnega razloga naenkrat občuti grozo in paniko, boji se, da bo umrl, da mu bo odpovedalo srce ali da mu bo zmanjkalo zraka. Telesni, nevrovegetativni simptomi so sestavni del takega napada (Gregorič-Kumperščak, 2011 v Bizjak, 2012).

Pri mladostnikih z generalizirano anksiozno motnjo je prisoten nenehen in nerealističen strah, povezan z vsakodnevnimi aktivnostmi. Anksioznost povzroča stalno napetosti, pretirano osredotočenost na lastno doživljanje in bolečine (npr.: glavoboli), tudi brez telesnega vzroka. Generalizirana anksioznost je oblika anksioznosti, pri kateri mladostnika dnevno skrbi praktično vse: starši, prijatelji, ocene, šport, urnik in podobno. Mladostnika je tudi strah neznanih stvari, ter se izogiba vsem izkušnjam, da ne bi doživel česa hudega (Gregorič-Kumperščak, 2011 v Bizjak, 2012).

Hribar in Magajna (2011) k pojavnim oblikam anksioznosti v mladostništvu iz pedagoškega vidika dodajata še obsesivno kompulzivno motnjo.

Mladostniki z obsesivno-kompulzivno motnjo imajo vsiljive, moteče misli in podobe (obsesije), ki sprožajo ponavljajoče se vedenje (kompulzije). Prisilno vedenje je lahko zelo izdelano in vpliva na mladostnikovo učinkovitost. Prisilne misli vključujejo intenziven strah, npr.: mladostnik razmišlja, da se bo okužil z bacili. Če takih prisilnih misli ni sposoben ignorirati, se lahko pojavi prisilno vedenje (npr.: udarjanje s svinčnikom, ponavljanje besed, štetje in podobno). Mladostnik verjame, da lahko s prisilnim vedenjem prepreči, da bi se zgodilo to, česar se boji. Nekatere misli in vedenja so pri mladostniku zelo očitne (npr.: pogosto umivanje rok), številne pa so težje prepoznavne in jih skorajda ni opaziti. Znaki se pa kažejo kot: negotovost in konstanten dvom v pravilnost reševanja nalog, izogibanje nekaterim predmetom (npr.: škarje, lepilo, glina), vznemirjenost in

nepozornost ter neučinkovitost pri delu, in sicer zaradi nenehnega ukvarjanja s prisilnimi mislimi.

5.2 Vpliv anksioznosti na učno uspešnost

Poleg družine je za mladostnika pomemben vir anksioznosti šola. Z vstopom v srednjo šolo postaja mladostnik bolj občutljiv na morebiten neuspeh, hkrati pa se povečajo pričakovanja in zahteve na različnih področjih. Med prvimi sta prav gotovo storilnost in učna uspešnost, ki zahtevata razmeroma visoko samospoštovanje in relativno stabilno samopodobo. Mnogi imajo oboje, drugi, manj uspešni, pa imajo težave in pogosto zavzemajo negativen odnos do šole in pomanjkljivo izpolnjujejo učne obveznosti. Takšen odnos pa lahko pri učencu izzove večjo kritičnost s strani starše ali učiteljev, kar pa njegovo samospoštovanje še zniža in poveča doživljanje tesnobe (Hribar in Magajna, 2011).

Zaradi ocenjevanja znanja v šoli ter drugih oblikah nastopov v šolskem okolju mladostniki doživljajo anksioznost. Ker je ocenjevanje njihovega znanja del vsakdana v šoli je posledica pogosta negotovost in možnost za doživljanje anksioznosti večja. Anksiozen učenec subjektivno zviša verjetnost, da se pojavijo negativni dogodki v primerjavi z neanksioznim učencem (Puklek – Levpušček, 2006).

Anksioznost ovira mladostnike pri učnem uspehu na najmanj treh ravneh: pri pozornosti, pri učenju, ter pri preverjanju in ocenjevanju znanja, kar posledično negativno vpliva na učno uspešnost. Pozornost jim zavzemajo negativne misli o neuspehu in kritiki, preobremenjeni so z občutki živčnosti in tesnobe, kar pa onemogoča osredotočanje na učno snov. Posledično spregledajo veliko informacij, ki bi jih morali predelati. Težave imajo pri neorganiziranih in težkih nalogah, ki od njih zahtevajo osredotočanje na pomembne podatke. Imajo slabe učne navade, primanjkuje jim spretnosti za reševanje nalog in načeloma imajo več znanja, kot so ga sposobni pokazati pri preverjanju in ocenjevanju (Marentič – Požarnik, 2003).

Zraven splošnih znakov anksioznosti je za mladostnike z anksioznostjo v šolski situaciji značilno še sledeče (Hribar in Magajna, 2011):

- so napeti in se težko sprostijo ter tožijo za pogostimi telesnimi težavami;
- se izogibajo šolskemu delu, ali odlašajo zaradi strahu, da zadolžitev ne bodo opravili dovolj dobro (pretiran strah pred napakami);
- so pretirano zaskrbljeni in nerealistično ocenjujejo lastno zmožnosti, pretirano poudarjajo lastne napake, ter tudi v prihodnje pričakujejo in napovedujejo neuspeh;
- potrebujejo neprestano odobravanje, posebno s strani avtoritet;
- na videz je njihovo vedenje bolj zrelo od vrstnikov, vendar pa to izvira predvsem iz prilagajanja zahtevam drugim;
- težijo k perfekcionizmu in se izogibajo manj strukturiranim zahtevam;
- pretirano so zaskrbljeni v zvezi s pravilnim in (v očeh drugih) sprejemljivim vedenjem, nimajo zaupanja vase in so pretirano odvisni od mnenja in usmerjanja drugih.

Vpliv anksioznosti na kognitivno izvajanje je odvisen tudi od intenzivnosti doživljanja tega čustva. Blažja raven anksioznosti ne vpliva nujno na učenčevo ravnanje oziroma ga lahko celo motivira, da svoje ravnanje izboljša. Visoka raven anksioznosti pa ima nasprotno negativne učinke na posameznikovo storilnost. Številne raziskave so pokazale, da ima

visoka raven tesnobe neugoden vpliv na izvajanje kognitivnih nalog in nalog šolskega tipa (Hribar in Magajna, 2011). Tako se pri zelo anksioznem učencu začnejo pojavljati misli in predstave, ki so za samo reševanje naloge nepomembne. Te misli in predstave vstopijo v proces predelovanja informacij in obremenijo delovni spomin. Med storilnostno podpovprečnimi učenci je 10 do 20 odstotkov anksioznih. Gre za učence, ki kljub svojim zmožnostim ne dosegajo svojih potencialov (Hribar in Magajna, 2011).

6 ZDRAVLJENJE IN PREMAGOVANJE ANKSIOZNIH MOTENJ

Zdravljenje anksioznosti in anksioznih motenj v večini primerov poteka v kombinaciji psihoterapije in psihofarmakov. Način izbora zdravljenja pa je vedno odvisen od vrste anksiozne motnje, ki povzroča težave v življenju posameznika (Tomori, 1999).

Kadar je simptomatika anksioznosti blaga in ima splošni zdravnik dovolj znanja, lahko poteka zdravljenje anksioznosti in anksioznih motenj ambulantno, pri splošnem zdravniku. Večinoma pa zdravljenje poteka v specialističnih ambulantah (psihiatrične ambulante), kamor je posameznik napoten od splošnega zdravnika. Posameznik, ki trpi za anksioznostjo ali anksiozno motnjo, pa je lahko tudi odrejen za bolnišnično zdravljenje. Zdravnik (splošni ali specialist psihiater), odredi bolnišnično zdravljenje takrat, kadar anksiozne reakcije tako omejujejo posameznika, da ne more več zadovoljiti osnovnih življenjskih potreb in je posledično nevaren sebi in okolici (Tomori, 1999).

V nadaljevanju bodo opisani naslednji načini zdravljenja in spoprijemanja z anksioznostjo: zdravljenje s psihofarmaki, realitetna terapija, transakcijska analiza in EFT metoda.

6.1 Zdravila za zdravljenje anksioznih motenj

Psihofarmakologija predstavlja zdravljenje duševnih motenj z zdravili, kot poskus uravnavanja patološkega vedenja, mišljenja ali razpoloženja na kemičen način. Na izbiro zdravila vplivajo zraven njegove učinkovitosti in varnosti tudi psihodinamski dejavniki, ki izhajajo iz odnosa do zdravil, ter družinskega in širšega kulturološkega okolja posameznika (Kores – Plesničar, 2011). Anksioznost lahko omilijo številna različna zdravila.

Zdravila, ki zmanjšajo učinke tesnobe, so anksiolitiki. So sedativno (pomirjujoče) – hipnotično delujoča zdravila in CNS (centralno nevrološki sistem) zaviralci, in sicer (Meyer in Quenzer, 2005):

- barbiturati,
- benzodiazepini (BZD),

Vse zmanjšujejo nevronske vzdraženost. Anksiolitiki pogosto sprožijo stanje umirjenosti in sproščenosti, zaspanosti, duševne zmede in slabe koordinacije. V višjih koncentracijah sprožajo spanje, zato jim pravimo tudi hipnotiki. Pri višjih odmerkih lahko zaviralci CNS prožijo komo ali smrt (Meyer in Quenzer, 2005).

Barbiturati povečujejo afiniteto GABA_A receptorja za GABA in lahko odprejo Cl⁻ kanal brez GABA. Zaradi tega so lahko smrtni, medtem ko benzodiazepini niso. Zato so jih v terapiji tesnobe zamenjali BZD. Kemijsko so barbiturati podobni, stranske verige različne. Te določajo lipidotopnost in hitrost delovanja (Meyer in Quenzer, 2005).

Stranski učinki barbituratov (Meyer in Quenzer, 2005):

- Spremenijo spanje s skrajšanjem REM spanja.
- Duševna zmeda, izguba presoje in upočasnjeni refleksi.
- Visoki odmerki vodijo do intoksikacije.

Koma ali smrt nastopita zaradi zaviranja dihanja (respiratorne depresije). So nevarni v kombinaciji z alkoholom. Ponavljajoče jemanje poveča jetrne mikrosomalne encime, ki pospešijo njihov metabolizem; rezultat je nižja koncentracija v krvi (metabolna toleranca)

in zmanjšana učinkovitost. Navzkrižna toleranca zmanjša učinkovitost drugih zdravil. Barbiturati povzročajo odvisnost. Po koncu daljšega jemanja se pojavijo odtegnitveni simptomi, podobni alkoholnim (Meyer in Quenzer, 2005).

Benzodiazepini so skupina anksiolitikov, ki zmanjšujejo simptome tesnobe. delujejo tako, da izkazujejo agonistične učinke na benzodiazepinskih receptorjih (Meyer in Quenzer, 2005). Nekateri BDZ so mišični relaksanti in drugi antikonvulzanti za zdravljenje epilepsije. BDZ imajo visok terapevtski indeks, torej so varna zdravila. Visoki odmerki sprožijo dezorientacijo, kognitivno nezmožnost in amnezijo, za razliko od barbituratov pa ne zavirajo dihanja. Prav tako ne inducirajo sinteze jetrnih encimov, zato je toleranca manjša (Meyer in Quenzer, 2005).

Na splošno izkazujejo benzodiazepini naslednje učinke (Meyer in Quenzer, 2005):

- anksiolitično delovanje (blažijo strah),
- antikonvulzivno delovanje (blažijo krče),
- mišična relaksacija,
- sedacija (pomiritev),
- amnezija (okence v spominu),
- blago razvedrilno delovanje.

Antidepresivi so zdravila za zdravljenje depresije in nekaterih drugih motenj, kot je tesnoba, panične motnje, socialne fobije, obsesivno kompulzivne motnje (Meyer in Quenzer, 2005). Zdravijo lahko tako tesnoba kot depresijo, kar se pogosto pojavlja sočasno. Nekateri lahko zdravijo tesnoba brez depresije, najbolj uspešni so pa za odpravo tesnobe, ki spremlja depresijo. SSRI (selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina) so prva izbira: manj hujših stranskih učinkov, visok terapevtski indeks, nizek potencial za zlorabo (Meyer in Quenzer, 2005).

Ker je obdobje mladostništva obdobje sprememb in pojavljanja novih procesov, tako telesnih kot duševnih, je potreben temeljit premislek in dobra presoja, kaj točno se dogaja z mladostnikom. Potrebno je pretehtati, ali je določeno mladostnikovo vedenje patološko in je potrebno medikamentozno zdravljenje ali pa je njegovo vedenje le odziv na nova doživljanja in bo sčasoma, tokom odraščanja izzvenelo.

6.2 Realitetna terapija

Realitetna terapija temelji na teoriji izbire, ki razlaga, da si iz najrazličnejših praktičnih razlogov sami izbiramo prav vse, kar počnemo – vključno z nezadovoljstvom, ki ga občutimo. Drugi nas ne morejo niti osrečiti, niti onesrečiti. Vse kar lahko od njih prejmemo ali jim damo, je le informacija. Vendar pa nas informacija sama od sebe ne more pripraviti do tega, da bi nekaj naredili ali občutili. Gre le v naše možgane, kjer jo obdelamo in se nato odločimo, kaj bomo (Glasser, 2007). Teorija izbire razlaga, da si izbiramo vso našo dejavnost in misli, posredno pa tudi svoja čustva in dobršen del svoje fiziologije. Teorija izbire tudi pravi, da je veliko tistega, kar se dogaja v našem telesu, ko občutimo bolečino, posredna posledica dejavnosti in razmišljanj, ki si jih izbiramo vsak dan svojega življenja (Glasser, 2007).

Glasser (2000) glede realitetne terapije navaja:

- Ljudje sami si izberejo vedenje, ki jih pripelje do terapije, saj to vedno predstavlja njihov skrajni trud, da bi obvladali nezadovoljujoč odnos – ali kar je še slabše, odsotnost odnosa;
- naloga svetovalca je, da pomaga svetovancu izbrati nove oblike vedenja za izboljšanje odnosov, ki so veliko bližje zadovoljitvi ene ali več osnovnih potreb, kot pa tiste, ki jih izbirajo zdaj. To pomeni izboljšanje njihove sposobnosti, da najdejo več ljubezni in pripadnosti, moči, svobode in zabave. Tudi preživetje je osnovna potreba in nekateri ljudje poiščejo svetovanje, ko je ogroženo njihovo življenje;
- Da bi zadovoljili vsako potrebo, moramo imeti dobre odnose z drugimi ljudmi. To pomeni, da je zadovoljevanje potrebe po ljubezni in pripadnosti ključ do zadovoljitve preostalih štirih potreb;
- Realitetna terapija se osredotoča skoraj izključno na tukaj in zdaj;
- Bolečina ali simptomi, ki jih svetovanci izbirajo, niso pomembni za svetovalni proces. Možno je, da nikoli ne ugotovimo vzroka za posameznikovo vedenje in počutje. Kajti, če se osredotočimo na simptome, dejansko omogočamo svetovancu, da se izogne resničnemu problemu, to pa je izboljšanje sedanjih odnosov;
- Stalni cilj realitetne terapije je s teorijo izbire ustvarjati skladen odnos med svetovancem in svetovalcem.

Realitetna terapija se osredotoča na izboljševanje, nadgradnjo trenutnih odnosov in razlaga, da si sami izbiramo občutja, kot je depresija in anksioznost, z namenom, da bi nadzorovali vedenje osebe v bolečem odnosu. Pri realitetni terapiji se na podlagi teorije izbire svetovancu ponudi dve možnosti, ki mu načeloma nista všeč (Glasser, 2000):

- lahko se odloči spremeniti svoja pričakovanja, hotenja do osebe s katero je v nezadovoljujočem odnosu in/ali,
- lahko spremeni svoje obnašanje do nje,
- spremeni oboje.

Oseba občuti anksioznost daljši čas. To se potem obravnava kot anksiozno motnjo, posledično kot duševno bolezen – neravnovesje v kemiji možganov. Anksioznost si posameznik izbere kot poskus soočanja s položajem.

Vsa naša čustva in občutja so posredno izbrana (preko razmišljanj in dejavnosti) – tudi posredna izbira je izbira (Glasser, 2007).

Primer: Jezno vedenje je izbira vedenja, ko nimamo nadzora nad svojim življenjem in zadovoljenih pričakovanj. Ta mehanizem je vgrajen v naše gene in ga uporabljamo že iz otroštva. A je običajno neučinkovita izbira. Anksioznost pa je eden od najučinkovitejših načinov brzdanja jeze, kar jih je odkril človek, zato ga tudi tako pogosto uporabljamo. Anksioznost lahko tudi uporabljamo kot poskus in izgovor, da ne naredimo nečesa, česar nočemo ali ne upamo (Glasser, 1984).

Realitetna terapija pomaga človeku spredvideti, da neprijetna občutja, kot sta depresija in anksioznost, uporablja za prevzemanje nadzora nad vedenjem druge osebe s katero je v nezadovoljujočem odnosu (saj realitetna terapija pravi, da naše nezadovoljstvo izhaja in

nezadovoljujočega odnosa, saj če se oseba vpraša, kaj želi doseči s svojim (nekonstruktivnim) vedenjem, je to skoraj vedno povezano s poskusom nadzora vedenja druge osebe (Glasser, 2007)).

Za mladostnika, ki izbere anksiozno vedenje, ker želi posredno nadzorovati vedenje nekoga drugega, je pomembno, da se vpraša: »Ali mi anksiozno vedenje, ki sem si ga izbral, kakorkoli pomaga doseči to, kar hočem?« Odgovor na to vprašanje, z namenom povrnitve kontrole nad svojim življenjem, je vedno ne (Glasser, 1984). Da mladostnik začne prevzemati kontrolo nad svojim vedenjem in počutjem, ni smiselno, da se osredotoči na cilje, ki jih ne more doseči, ampak da poskusi najti zadovoljujoče in možne uresničljive cilje. Vse, kar lahko mladostnik stori za zadovoljitev samega sebe je to, da kontrolira svoje lastno življenje. In če to stori na način, da bo uživala tudi oseba, s katero je prej imel nezadovoljujoč odnos, in tega želi izboljšati, obstaja velika možnost, da se bo ta oseba odzvala in da se bo odnos izboljšal (Glasser, 1984).

Realitetna terapija uči, da mladostnik, oziroma vsak posameznik lahko izbira svoje vedenje in da je njegova izbira lahko boljša. Ko posameznik skozi terapijo ugotovi in sprejme, da lahko nadzoruje samo svoje vedenje in da obstaja boljša izbira kot anksioznost, in ko to začne udeleževati v svojem življenju, se je problema osvobodil, oziroma ne izbira več destruktivnih vedenj za dosego svojega cilja (Glasser, 2000).

Za obdobje mladostništva je značilno mnogo sprememb, ki jih mladostnik doživlja in opaža sam pri sebi. Vse te spremembe so lahko nenadne in nepričakovane. Ni jih vedno enostavno prepoznati in sprejeti. Ravno zato je v obdobju mladostništva tako težko ugotoviti ali je določeni vedenjski vzorec patološki in ga je potrebno zdraviti ali pa je neko nekonstruktivno vedenje samo mladostnikov odziv na sprejemanje ali pa težje sprejemanje novih sprememb in procesov ki se dogajajo v telesu in so del odraščanja in lahko sčasoma popolnoma izzvenijo. Vloga terapevta je da to ugotovi in da mladostniku ustrezno pomaga. V vsakem primeru pa večine teorije izbire pridejo prav tudi v procesu odraščanja. (Glasser, 2000)

6.3 Transakcijska analiza

Transakcijska analiza (TA) je večdimenzionalna teorija analize osebnosti, ki se danes uporablja tako v psihoterapiji, kot v komunikaciji (Babcock, 1976 v Ferjančič, 2014), saj vključuje široko sprejet način analize medsebojnih reakcij ljudi. Kot teorija osebnosti se uporablja za spoznavanje psihologije posameznika, njegove osebnosti, odnosa do sebe in njegovih reakcij na zunanje okolje (Martin in Pedse, 1977, v Ferjančič, 2014).

Transakcijska analiza temelji na prepričanju, da se lahko vsak nauči spoštovati sebe, skrbeti zase, se odločati in izražati svoja čustva. Principi TA so uporabni na delovnem mestu, doma, v učilnici, soseški – kjer koli imamo opravka z ljudmi. To je teorija osebnosti in psihoterapija za doseganje osebnostne rasti in spremembe. Uporabna je, kadar želimo razumeti človekovo duševnost, komunikacijo in odnose med ljudmi. Uporablja se pri zdravljenju različnih psihičnih težav (anksioznost, depresija, osebnostne motnje idr.). Transakcijska analiza v obliki psihoterapije posamezniku ponuja možnost, da spremeni ponavljajoče se vzorce, ki ga bolj ali manj ovirajo v vsakdanjem življenju (Berne, 2011).

Transakcijska analiza povezuje psihoanalitično in kognitivno-vedenjsko terapijo v okviru humanistično-eksistencialne filozofske usmeritve. Kot psihoterapija se uporablja pri delu s posamezniki, pari, družinami in skupinami. Kot psihoterapija je lahko kratkotrajna ali

dolgotrajna. Zajema vse dimenzije človekovega delovanja: miselno, čustveno, vedenjsko, telesno in duhovno (Berne, 2011).

Milivojević (2013), definira transakcijsko analizo kot vejo psihologije, ki se ukvarja zlasti s spreminjanjem življenjskega scenarija, to je nezavednega načrta, ki ga človek oblikuje v zgodnjem otroštvu in po katerem živi vse življenje. Ker deluje nezavedno, nanj poznejše izkušnje zelo malo vplivajo, še več: scenarij odločilno vpliva na naše izkušnje. Tako bo človek dobesedno iskal okoliščine, ki se ujemajo z njegovim življenjskim scenarijem. Situacije, ki ogrožajo njegov scenarij, bo izkrivljal in doživljal tako, da bodo ustrezale njegovi predstavi, da bo resnična. Zato se nam v življenju stvari na neki način ponavljajo in prav to, da se ponavljajo, je dokaz, da ne gre za naključnost, pač pa za model obnašanja, za obrazec, ki deluje po notranji logiki (Milivojević, 2013).

Navadno so ljudje podobni svojim staršem ali so njihovo nasprotje. Vzemimo primer mladostnice, katere starši so se razvezali. Mama je prevzela vlogo zapuščene žrtve, oče pa je bil nedosegljiv. Mladostnica zato svoj odnos do moških in žensk oblikuje po domačem vzorcu. Prevzame lahko mamin scenarij, po katerem je ženska žrtev, moški pa so preganjalci, sadisti, hudobneži, ki jo hočejo prizadeti. Lahko pa se, seveda podzavestno, odloči za vlogo maščevalke, ki moškim dokazuje, da je ne morejo prizadeti, saj je ona tista, ki moške zapušča. Tretja, najpogostejša možnost pa je, da je hči prepričana, da je oče odšel zato, ker je ni imel dovolj rad (Milivojević, 2013).

Strukturirani model prvega reda prikazuje tri različna ego stanja. Uporabljamo ga kadar podajamo razumevanje različnih vidikov osebnosti. Kadar se posameznik vede, misli in čuti v skladu z dogajanjem okoli sebe tukaj in sedaj in uporablja vse vire, ki so mu na razpolago kot odrasli osebi, je v svojem Odraslem ego stanju (z veliko začetnico napisani „Otrok, Starš, Odrasli“ predstavljali ego stanja in ne dejanskih oseb). Občasno se lahko vede, misli in čuti na načine, ki preslikavajo odziv njegovih staršev ali zanj drugih pomembnih oseb v obdobju odraščanja. Takrat je v ego stanju Starša. Včasih se vrne v način vedenja, razmišljanja in občutenja, ki jih je uporabljal kot otrok. V teh primerih je v ego stanju Otroka (Milivojević, 2013).

Posebej v obdobju mladostništva se človek znajde pred situacijo, ko se je včasih potrebno ustaviti in pogledati kaj storiti za nadaljno življenje, še posebno, če se spoprijema z anksioznostjo. Včasih mladostnik težavo lahko reši sam ali s pomočjo svojih bližnjih, včasih pa se pripetijo dogodki ali pojavijo težave, ko izhod ni viden in je potrebna bolj temeljita pomoč, da se jih prebrodi. Takrat se je smiselno okoristiti psihoterapije, ki lahko mladostniku pomaga pri izbiri življenjsko pomembnih odločitev, kot so: izbira poklica, partnerstvo, razne življenjske situacije ali osebne težave, povezane s čustvovanjem. (Klepec, 2013) Transakcijska analiza v obliki psihoterapije posamezniku ponuja možnost, da spremeni ponavljajoče se vzorce, ki ga pripeljejo do anksioznih stanj, ki ga ovirajo v vsakdanjem življenju (Berne, 2011).

Transakcijska analiza se osredotoča na zavedanje stanja Odrasli tukaj in zdaj. V primeru mladostnikovih simptomov anksioznosti se razpravlja z njim, kaj je najhujša možna stvar, ki se mu lahko zgodi, ko občuti tako zelo intenziven strah. Ko mladostnik ozavešča, da so strahovi neutemeljeni in skorajda nemogoče uresničljivi, se lahko posveti dogodkom iz preteklosti, iz katerih izhajajo njegove predstave, da je sedanost tako travmatična in strašljiva. Ko se mladostnik tega zave, mu to omogoča, da oceni pravo realnost in odpravi izkrivljene predstave, ter se odloči kako se spoprijemati z eventualnimi prisotnimi občutki nelagodja (De Lucia, 2005).

Ker je v obdobju mladostništva veliko sprememb, ki jih mladostnik doživlja in opaža sam pri sebi, pogosto pride do strahov in tesnobnih občutkov. Vse te telesne in čustvene spremembe pri mladostniku so lahko nenadne in nepričakovane. Ni jih vedno enostavno prepoznati in sprejeti. Ravno zato je v obdobju mladostništva tako težko ugotoviti ali je določeni vedenjski vzorec patološki in ga je potrebno zdraviti ali pa je neko nekonstruktivno vedenje samo mladostnikov odziv na sprejemanje ali pa težje sprejemanje novih sprememb in procesov ki se dogajajo v telesu in so del odraščanja in lahko sčasoma popolnoma izzvenijo. Težko je to ugotoviti iz mladostnikovega pripovedovanja, saj je le – to pogosto difuzni in mladostnik niti sam ne zna dobro pojasniti kako se počuti in kaj sploh želi doseči. Vloga terapevta je da to ugotovi in da mladostniku ustrežno. (Klepec, 2003)

6.4 EFT metoda

EFT (Emotional Freedom Techniques ali tehnika čustvene svobode) daje možnost prevzema nadzora nad lastnim čustvenim svetom (Kuster, 2013). Je zdravilna tehnika, ki jo lahko posameznik izvaja sam ali pa s terapevtom, oziroma izvajalcem. Kombinira se lahko z nekaterimi drugimi načini zdravljenja, ali kot samostojna tehnika (Fone, 2008).

EFT temelji na spoznanju, da je vzrok vsakega negativnega čustva neravnovesje/motnja v energijskem sistemu telesa; podobno kot tradicionalna kitajska medicina/akupunktura oziroma joga. Pri EFT se ne osredotoča na travmatičen spomin, temveč na motnjo v energijskem sistemu telesa. Za pomiritev negativnega čustva ni potrebe podoživljanja neprijetnih spominov. Neprijetni spomini sicer odločilno prispevajo k nastanku negativnih čustev, vendar niso pravi vzrok zanje, ker EFT predpostavlja, da je pravi vzrok za vsa negativna čustva motnja v energijskem sistemu telesa, ki nastane ob bolečem dogodku (Kuster, 2013).

Osnovni postopek uporabe EFT je sestavljen iz tapkanja (rahlega udarjanja) s prsti na določene akupunkturne točke telesa in sočasnega izgovarjanja določenih besed, s katerimi opisujemo svojo težavo oziroma neprijeten občutek v telesu. Tapka se na 9 različnih akupunkturnih točk, ob čemer se glasno opisuje neprijetno čustvo, ki se ga občuti (Kuster, 2013).

Točke za tapkanje (Kuster, 2013):

- na roki: na zunanji strani dlani (na obeh dlaneh), med zapestjem in mezincem;
- na notranji strani obrvi; na začetku, tik ob korenu nosa;
- na zunanji strani očesa, na kosti;
- na kosti pod očesom;
- med zgornjo ustnico in pod nosom;
- v gubi med spodnjo ustnico in brado;
- na stičišču med ključnico in prsnico;
- ob strani telesa, eno dlan pod pazduho (pri moških v višini prsne bradavice, pri ženskah tam, kjer je modrček);
- na vrhu glave.

Proces tapkanja poteka tako, da najprej tapkamo na »karate točko« na roki in hkrati trikrat izgovorimo svoj uvodni stavek, npr.: »Kljub temu da (navedem svojo težavo), se popolnoma in globoko sprejemam in ljubim.« EFT ne uporabljamo za čustva drugih ljudi (npr: »Kljub temu, da je moj mož jezen, se popolnoma in globoko sprejemam in ljubim«). Ko izrečemo uvodni stavek in sočasno tapkamo, nadaljujemo tapkanje na vsaki točki telesa

in tapkamo približno toliko časa (3 do 7-krat), da na kratko z besedami izrazimo svoj problem (npr.: »strah me je«). Na vsaki točki, po kateri tapkamo, izrečemo iste besede in tapkamo po zgoraj navedem vrstnem redu (Kuster, 2013).

Fone (2008) pojasnjuje, da EFT metoda sicer ne izbriše okoliščin, ki povzročajo tesnobo, vendar pa se lahko z vsakdanjo uporabo EFT tesnoba občutno zmanjša. EFT omogoča osredotočenje na negativno čustvo ali telesni občutek, hkrati pa tapkanje po meridianih uravnovesi energijski sistem. Telo se umiri, negativni simptomi in bolesten strah pa izginejo. Za izvajanje EFT pri strahu, tesnobi in fobiji se uporabljajo naslednje smernice (Fone, 2008):

- ocenitev jakosti tesnobe z 1 – 10;
- ugotovitev, kdaj se je pojavil strah ali fobija.
- Če se zgodi, da se posameznik ne more spomniti ničesar, lahko tapka z besedami: »čeprav ne vem, kaj je povzročilo ta strah, se globoko sprejemam«;
- EFT se lahko uporabi pri vseh čustvih, prepričanjih, telesnih simptomih ali vedenjih, ki so povezana s tesnobo;
- pri uporabi EFT za tesnobo in morebitne z njo povezane spomine, je priporočljivo zapreti oči in se poskusiti spomniti, kaj je trenutno tesnobo pravzaprav sploh povzročilo;
- primerjava zdajšnje ocenitve tesnobe od 1 – 10z začetno ocenitvijo;
- Če je tesnoba še občutena, se tapkanje lahko nadaljuje, dokler tesnoba ne popusti.

Ob vprašanju, kako dolgo lahko traja tak proces, Fonetova (2008) pojasnjuje, da včasih zadošča le nekaj minut in opazi se občutna razlika, včasih pa je potrebno več časa, odvisno od problema, oziroma sprožitvenega dejavnika in jakosti odziva. Fonetova (2008) še svetuje, da naj bi pri težavah, povezanih s tesnobo, tapkanje trajalo 10 minut dnevno. Če je tesnoba zelo huda ali zapletena, pa se svetuje poiskati pomoč pri usposobljenem izvajalcu EFT.

Mladostnik se EFT metode lahko nauči sam, vendar bo zaradi kaosa občutkov, ki se nahajajo v njegovem telesu v tem obdobju polnem sprememb, verjetno potreboval veliko časa. Problem je, da mladostnika še ne razume svojih občutkov, ki se mu porajajo. Svetuje se, da mladostnik obiše izkušenega EFT svetovalca, ki mu bo znal pomagati razvozlati množico neprijetnih občutkov (Kuster, 2013).

EFT bi lahko pojmovali kot moderno različico energijskih terapij, saj nekateri teoretiki pravijo, da EFT deluje na del možganov, ki shranjuje in predeluje informacije, kar se uporablja v nevrofiziologiji. Vendar tega nihče ne ve natanko in do sedaj še ni znane znanstvene razlage o tem, kaj točno se dogaja s telesom in človekovimi občutki med uporabo EFT tehnike (Fone, 2008).

6.5 Kdaj in kam po pomoč

Tesnoba postane znak bolezni – anksiozne motnje, kadar je tako pogosta in intenzivna, da moti vsakdanje dejavnosti ter zmanjšuje kakovost življenja. Takrat je treba poiskati strokovno psihoterapevtsko pomoč (Ziherl, 1997).

Anksiozni mladostniki se zavedajo nesmiselnosti svojih strahov, vendar se jih ne morejo znebiti. Bolniki niso "slabiči", ki ne zmorejo obvladati svojega strahu. Prav tesnoba, ki je ni mogoče obvladovati, je osnovni simptom anksioznih motenj. Tukaj je nujno potrebna

strokovna pomoč (Tomori, 1999). Včasih tesnoba ni tako huda, da bi obvladovala mladostnika in mladostnik lahko sam najde način da se spoprime z njo. Če to zmore sam, potem po navadi ne gre za anksiozno motnjo, temveč le za začasen pretiran odziv. Za anksiozno motnjo je značilno prav to, da sami ne moremo premagati tesnobe, saj se ta znova in znova vrača oziroma se celo stopnjuje. Vsekakor lahko najprej na pomoč priskoči osebni zdravnik, ki lahko predpiše zdravila, ki lajšajo simptome anksiozne motnje, vendar je najustreznejša oblika zdravljenja teh motenj psihoterapija. Sama zdravila anksiozne motnje po navadi ne pozdravijo, čeprav morda za krajši ali daljši čas odpravijo simptome, zato je zelo verjetno, da se bodo brez ustrezne psihoterapije slej kot prej ponovili, zato splošni zdravnik obolelega mladostnika velikokrat napoti na nadaljno zdravljenje k specialistom (Tomori, 1999).

Smiselno je, da mladostnik razišče, kakšne oblike pomoči so mu na voljo v njegovem okolju, oziroma kaj je v njegovi zmožnosti, in najde najustreznejšo obliko zdravljenja.

7 SKLEP

V nalogi so obravnavane in opredeljene anksiozne motnje, ki so skupina psihičnih bolezni, katerih glavni znak je tesnoba oziroma anksioznost; stanje živčne napetosti (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Pojasnjena je običajna anksioznost, strah ali tesnoba, ki je normalna reakcija ob zaznani nevarnosti, saj pripravi naše telo na boj ali beg, poveča aktivnost možganov, pospeši delovanje srca in povzroči boljšo prekrvavitev mišic (Stamos, 1997). Naloga tudi prikaže, da ta varovalni mehanizem včasih ne deluje pravilno, kar pomeni, da se pri osebi pojavi anksioznost tudi, kadar ni v dejanski zaznani nevarnosti. Takrat govorimo o anksioznosti kot o motnji, saj anksiozen odziv pri osebi z motnjo sproži nenevarna situacija, reakcija pa je navadno pretirana ali pa traja predolgo (Marjanovič Umek, 2004). Telo osebe z anksiozno motnjo je pripravljeno na beg ali boj s sovražnikom, »pravi sovražnik« pa se v resnici skriva v njem samem in ga ovira v vsakdanjem življenju (Klein, 2009 v Kvas, Sima in Kaučič, 2009).

Anksiozne motnje se med seboj razlikujejo po trajanju in izraženosti anksioznosti ter vzroku, ki sproži motnjo. Najpogostejše med njimi so: generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, socialna fobija, posttravmatski stresni sindrom, obsesivno – kompulzivna motnja ter socialna anksioznost in so v nalogi podrobneje opredeljene. Ob anksioznih motnjah se pri posameznikih prepletajo različni dejavniki tveganja, ki jih lahko razdelimo v tri skupine. Prva skupina so dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za anksiozne motnje, v drugo skupino sodijo dejavniki, ki sprožijo anksiozne motnje, tretja skupina pa označuje dejavnike, ki vzdržujejo anksiozne motnje, kar je tudi pojasnjeno v nalogi (Železnik, 2010).

V nalogi je prikazano, kako se anksiozne motnje odražajo na mladostnikovem duševnem in fiziološkem doživljanju, ter najpogostejše oblike anksioznosti pri mladostnikih. Ob poznavanju simptomov in veliko lažje razumeti mladostnikovo stisko, jo prepoznati in pravočasno priskočiti na pomoč, oziroma ustrezno pomoč priskrbeti.

Predstavljeni so tudi različni pristopi k premagovanju anksioznih motenj, kot so: medikamentozna terapija; zdravljenje z anksiolitiki in antidepresivi.

Transakcijska analiza, kot teorija osebnosti ter sistematična psihoterapija za osebno rast in osebnostne spremembe. Z upoštevanjem modelov transakcijske analize lahko bolje razumemo sebe in druge ter omogočimo vzpostavitev boljše komunikacije oziroma bolj kakovostnega odnosa z drugimi, poleg tega transakcijska analiza v obliki psihoterapije posamezniku ponuja možnost, da spremeni ponavljajoče se vzorce, ki ga ovirajo v vsakdanjem življenju. (Ferjančič, 2014).

Realitetna terapija – teorija izbire, ki pravi, da si sami izbiramo vse, vključno z nezadovoljstvom, ki ga občutimo (Glasser, 2007). Gre le za naše možgane, kjer dobljeno informacijo obdelamo in se nato odločimo, kako se bomo odzvali. Realitetna terapija kot psihoterapevtska metoda uči ljudi usmerjati njihova življenja k bolj učinkovitim izbiram med možnostmi, ki so jim na razpolago. Se pravi da teorijo nadzora, kamor spada tudi zatekanje v tesnobo, nadomesti teorija izbire (Glasser, 2007).

Predstavljena je tudi EFT metoda (Emotional Freedom Techniques), ki predstavlja preplet vzhodnjaškega razumevanja zdravja in zahodnjaškega načina izražanja misli o problemih in zagotavlja, da se dá s tapkanjem odpraviti občutek tesnobe (Kuster, 2013).

Problem psihoterapij pri premagovanju anksioznih motenj je ta, da je zelo težko izluščiti, kaj dejansko se z mladostnikom dogaja. Preplavljajo ga novi občutki in spremembe s katerimi se mora spoprijemati, zato je vprašanje, ali je njegova stiska le odraz odraščanja in je začasna ter bo izzvenela, ali pa so to zametki in se lahko razvije motnja, ki bi dolgoročno oteževala način življenja.

Predvsem pa je pri vsaki terapiji pojasnjeno, kako se mladostnik, ki je anksiozen lahko okoristi teh terapij, kakšna je vloga terapevta in kaj mu nudijo ter kako mu lahko pomagajo.

8 LITERATURA IN VIRI

Adamčič Pavlovič, D. (2008). *Panična motnja*. Pridobljeno 22. 6. 2013, s http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=366&Itemid=2

Antony, M. M. in Swinson, R. P. (1996). *Anxiety Disorders and their Treatment: A Critical Review of the Evidence-Based Literature*. Pridobljeno julija 2014, na: http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety_review.pdf

Arete, O. (2008). *I disturbi d'ansia*. Varese: National Institute of Mental Health.

Berne, E. (2011). *Transakcijska analiza v psihoterapiji*. Ljubljana: Inštitut za psihoterapijo in transakcijske analize

Bizjak, M. (2012). *Doživljenje in spoprijemanje s psihično travmo*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta. Pridobljeno julija 2014, na: <http://rul-test.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=24744&lang=slv>

Braconnier, A. (2005). *Kako razumeti mladostnika: priročnik za starše otrok, starih od 10 do 25 let*. Tržič: Učila International.

Cvitan, G. (2004). Razlozi zaboravljanja projekta. *Zarez dvotjednik za kulturna zbivanja*, broj 121-122, pridobljeno julija 2014 na: <http://www.scribd.com/doc/194824132/%C4%8Dasopis-ZAREZ-083-bcHs>

Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

De Lucia, E. (2005). *Analisi Transazionale: i fondatori e le origini*, in breve. Pridobljeno julija, 2014, na: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fflantichi.pbworks.com%2F%2Fat.doc&ei=rJPbU-zEDOLnyQPpx4LADw&usg=AFQjCNFmNsO9ArpTbLKO0XRwV5kYgVg79A&bvm=bv.72197243,d.bGQ>

Dernovšek, M. (2009). Anksiozne motnje. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik* (235 - 244). Ljubljana: Rokus Klett.

Dernovšek M., Tavčar, R., Orel, D., Groše Muhič, M. in Pečenik, S. (2006). *Prepoznavanje in premagovanje anksioznosti*. Ljubljana: Sinapsa.

Dernovšek, Z., M., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Deville, G., J. In Spence, S., H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131 – 157, pridobljeno julija 2014, na: <http://www.essentia.fr/blog/wp-content/uploads/2011/09/IRONSO.pdf>

Erić, L. (2010). Panična motnja. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija 2: teorijestrah in stanja strahu*. Ljubljana: Hermes IPAL.

Ferjančič, T. (2014). *Transakcijska analiza in avtentično vodenje: razvoj konceptualnega modela s priporočili za prakso*. Magistersko delo. Univerza v Ljubljani: Ekonomska fakulteta. Pridobljeno julija 2014, na: <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/ferjancic1266-B.pdf>

Fone, H. (2008). EFT – tehnika doseganja čustvene svobode za telebane. Ljubljana: Pasadena.

Glasser, W. (2007). *Nova psihologija osebne svobode*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.

Glasser, W. (2000). *Realitetna terapija v praksi*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.

Glasser, W. (1984). *Teorija nadzora*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.

Grohol, J. M. (2013). Panic disorder treatment. Pridobljeno julija 2014, na: <http://psychcentral.com/disorders/sx28t.htm>.

Grossinger, R. (2002). A phenomenology of panic. V L. J. Schmidt in B. Warner (ur.), *Panic: Origins, insight and treatment*. Berkley, California; North atlantic books.

Hribar, M. (2007). Razmejitev anksioznosti od nekaterih sorodnih fenomenov. *Psihološka obzorja*, 16(3), 75-88. Pridobljeno julija 2014, na: http://psy.ff.uni-lj.si/psiholoska_obzorja/arhiv_clanki/2007_3/hribar.pdf

Hribar, N. in Magajna, L. (2011). Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje učencev z učnimi težavami zaradi anksioznosti. V: L. Magajna in M. Velikonja (ur.). *Učenci z učnimi težavami – prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*(212 – 228). Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.

IVZ. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jerabek, I. (2002). Etiology of panic. V L. J. Schmidt in B. Warner (ur.), *Panic: Origins, Insight and treatment*. Berkley, California; North atlantic books.

Juričević, A. (2011). Strah ali anksioznost. *V skrbi za vaše zdravje*, 25, 4-5. Pridobljeno julija 2014, na: http://www.krka.si/media/doc/si/vsvz/2012/5572_revija-vsyz-25_strah_anksioznost.pdf

Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Tomori in S. Zihel(ur.), *Psihiatrija* (str. 229-258). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

Kores-Plesničar, B. (2011). Psihofarmakoterapija. V: Kores-Plesničar, B. (ur.). *Duševno zdravje (168 - 180)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Kuster, V. (2013). Iz čustvenih stisk do notranega miru s pomočjo EFT. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.

Leahy, R. L., Holland S. J. F. in McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York, NY: The Guilford Press.

Marentič-Požarnik, B. (2003). *Psihologija učenja in pouka*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Marjanovič Umek, L. (2004). *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete Ljubljana.

McFarlane, A., C. in Yehuda R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 940 – 953, pridobljeno julija 2014, na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1614.2000.00829.x/abstract>

Meyer, L., S. in Quenzer, L., F. (2005). *Psychopharmacology: drugs, the brain and behavior*. Sunderland (Massachusetts): Sinauer Associates.

Milivojević, Z. (2013). Igre, ki jih igrajo narkomani: Transakcijska analiza problematičnega jemanja drog. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.
Musek, J. In Pečjak, V. (1996). *Psihologija*. Ljubljana: Educy

Pavlovič, Z. (1990). *Psihološke pravice otroka: simbioza in avtonomija*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije.

Polšak-Škraban, O. in Dekleva, B. (1997). *Vloga družine v oblikovanju in razvoju identitete*. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko.

Puklek Levpušček, M. (2006). *Socialna anksioznost v otroštvu in mladostništvu: razvojni, šolski in klinični vidik*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete Ljubljana.

Riggs, D., S. in Foa, E., B. (2007). Treating Contamination Concerns and Compulsive Washing. V M. M. Antony, C. Purdon in L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (149 - 168). Washington, DC: American Psychological Association, pridobljeno julija 2014,

na:<http://www.scribd.com/doc/201492716/Psychological-Treatment-of-Obsessive-Compulsive-Disorder>

Snoj, M. (1997). *Slovenski Etimološki slovar*. Ljubljana: Mladinska knjiga

Stamos, V. (1997). Fobične, anksiozne in obsesivno – kompulzivne motnje. V B. Brinšek in V. Stamos (ur.), *Zbornik nevrotske, stresne in somatoforme motnje v spolšni medicini in psihiatriji* (25-37). Begunje: Medium d.o.o, pridobljeno julija 2014, na: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Uvod1351439576195.pdf>

Taylor, S., Abramowitz, J. S. in McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. V M. M. Antony, C. Purdon in L. J. Summerfeldt (ur.), *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Fundamentals and Beyond* (9 - 30). Washington, DC: American Psychological Association. Pridobljeno julija 2014, na: https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.harthosp.org%2Finstituteofliving%2Fanxietydisorderscenter%2Fstaff%2Fdavidtolin%2Fdefault.aspx&ei=ZxPWU8yWB-bO4QS-uIG4Aw&usg=AFQjCNF9_YRXzXNf0VUXOGffOaKYtWRIHg&sig2=cbSYsYsYTmenrLK32q8cJQ&bvm=bv.71778758,d.bGQ&cad=rja

Tomori, M. (1994). *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO.

Tomori, M. (1999). Duševne motnje v razvojnem obdobju. V: M. Tomori in S. Zihlerl (ur.). *Psihiatrija*. Ljubljana: Littera oicta.

Vičič, A. (2002). *Psihološke karakteristike mladostnikov*. Ljubljana: Združenje košarkaških trenerjev Slovenije.

World Health Organisation. (1993a). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Pridobljeno julija 2014, na: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

World Health Organisation. (1993b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Pridobljeno julija 2014, na: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Zihlerl, S. (1997). Stresne motnje in obvladovanje stresa. V B. Brinšek in V. Stamos (ur.), *Zbornik nevrotske, stresne in somatoforme motnje v spolšni medicini in psihiatriji* (38 - 47). Begunje: Medium d.o.o, pridobljeno julija 2014, na: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Uvod1351439576195.pdf>

Zupančič, M. in Svetina, M. (2004). Spoznavni razvoj v mladostništvu: V: L. Marjanovič-Umek, in M. Zupančič (ur.). *Razvojna psihologija* (525-545). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Zupančič, M. (2004a). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V: L. Marjanovič-Umek, in M. Zupančič (ur.). *Razvojna psihologija* (511-524). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Zupančič, M. (2004b). Čustveni in osebni razvoj v mladostništvu: V: L. Marjanovič-Umek, in M. Zupančič (ur.). *Razvojna psihologija*(549-570). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Zupančič, M. (2004c). Socialni razvoj v mladostništvu: V: L. Marjanovič-Umek, in M. Zupančič (ur.). *Razvojna psihologija*(589-611). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Železnik, P. (2010). *Socialna anksioznost pri mladostnikih v različnih socialnih situacijah*. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, pridobljeno julija 2014, na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=16516>

Žlebnič, L. (1975). *Psihologija otroka in mladostnika 3. del: Adolescenca – mladost*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Žmuc-Tumori, M. (1983). *Pot k odraslosti: kaj je in kaj ni motnja v otrokovem duševnem razvoju*. Ljubljana: Cankarjeva založba.