Odnos kognitivnih i emocionalnih dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti

Čirjak, Alen

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:151611

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-11**

Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopredmetni)

Alen Čirjak

Odnos kognitivnih i emocionalnih dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti

Diplomski rad

Zadar, 2018.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopredmetni)

Odnos kognitivnih i emocionalnih dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti

Diplomski rad

Student/ica:
Alen Čirjak

Mentor/ica:
Prof . dr. sc. Anita – Vulić Prtorić

Zadar, 2018.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Alen Čirjak,** ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Odnos kognitivnih i emocionalnih dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, ožujak 2018.

Sadržaj:

SAŽETAK 1

ABSTRACT 2

1. UVOD 3

1. 1. Socijalna anksioznost 4

1. 1. 1. Definicija, kriteriji, simptomatologija i vrste socijalne anksioznosti 4

1. 1. 2. Epidemiologija i rizični faktori 7

1. 1. 3. Kognitivni procesi i tijek socijalne anksioznosti 10

1. 1. 4. Komorbiditet 11

1. 1. 5. Etiološke teorije socijalne anksioznosti 12

1. 2. Depresivnost 14

1. 2. 1. Definicija i simptomatologija 14

1. 2. 2. Razine depresivnosti, epidemiologija i komorbiditet 15

1. 2. 3. Dijagnostika 17

1. 2. 4. Rizični i zaštitni faktori 19

1. 2. 5. Kognitivne teorije etiologije depresivnosti 20

1. 3. Automatske misli 23

1. 3. 1. Definicija, uloga i terapija 23

1. 3. 2. Povezanost automatskih misli sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti 25

1. 4. Emocionalna regulacija 26

1. 4. 1. Definicija i strategije emocionalne regulacije 26

1. 4. 2. Grossov model emocionalne regulacije 27

1. 4. 3. Povezanost emocionalne regulacije sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti 29

1. 5. Socijalni anksioznost i depresivnost 30

2. CILJ 31

3. PROBLEMI I HIPOTEZE 31

4. METODA 33

4. 1. Ispitanici 33

4. 2. Mjerni instrumenti 33

4. 3. Postupak 37

5. REZULTATI 37

6. RASPRAVA 46

7. ZAKLJUČCI 57

8. LITERATURA 59

9. PRILOG 72

ODNOS KOGNITIVNIH I EMOCIONALNIH DIMENZIJA SOCIJALNE ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

SAŽETAK

Socijalna anksioznost i depresivnost su internalizirani poremećaji koji spadaju među najzastupljenije mentalne poremećaje u općoj populaciji. Iako ova dva psihopatološka stanja spadaju u odvojene kategorije poremećaja njihova vrlo visok komorbiditet govori u prilog činjenici da oni međusobno djeluju na interaktivan način. Oba poremećaja imaju značajne negativne posljedice za pojedinca po pitanju svakodnevnog života, a usporedno s tim, i sa zadovoljstvom životom. I socijalna anksioznost i depresivnost dijelom imaju svoje etiološko tumačenje u neadekvatnoj emocionalnoj regulaciji kao i korištenju neadekvatnih i iskrivljenih kognitivnih shema koje djeluju nesvjesno, tj. automatskih misli. Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi odnose između kognitivnih (automatske misli) i emocionalnih (emocionalna regulacija) dimenzija, njihov odnos sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti te njihov doprinos u objašnjenju izraženosti simptoma oba poremećaja. Istraživanje je provedeno na 173 studenta/studentice (123 djevojke i 50 mladića) različitih fakulteta u Hrvatskoj, prosječne dobi 21,5 godine. Primjenjeni su sljedeći mjerni instrumenti: *Upitnik socijalne anksioznosti, Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa, Upitnik automatskih misli i Upitnik kognitivne emocionalne regulacije*. Rezultati su pokazali postojanje značajnih razlika po spolu samo u socijalnoj anksioznosti. Žene su postigle značajno više rezultate od muškaraca što implicira da su socijalno anksioznije. Nadalje, utvrđena je značajna pozitivna povezanost među svim varijablama korištenima u istraživanju, osim između depresivnosti i subskale preusmjeravanja na planiranje te između automatskih misli i subskale preusmjeravanje na planiranje. Naposljeku, utvrđeno je da su značajni prediktori za kriterijsku varijablu socijalne anksioznosti, automatske misli i subskala ruminacije, a za kriterijsku varijablu depresivnosti su bile značajan prediktor samo automatske misli.

Ključne riječi: *socijalna anksioznost, depresivnost, automatske misli, emocionalna regulacija*

RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE AND EMOTIONAL DIMENSIONS OF SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSION

ABSTRACT

Social anxiety and depression are internalized disorders that are among the most common mental disorders in the general population. Although these two psychopathological states fall into separate categories of disorders, their very high comorbidity implicates that there is interaction between them, ie. they have an effect on each other. Both of these disorders have a significant negative consequences on the individuals in terms of everyday functioning and life satisfaction. Social anxiety and depression, partly, have thier etiologic interpretation in inadequate emotional regulation as well as in the use of inadequate and distorted cognitive patterns that act unconsciously, so called, automatic thoughts. The aim of this study was to determine the relationship between cognitive (automatic thoughts) and emotional (emotion regulation) dimensions, their relationship with social anxiety and depression and their contribution to explanation of symptoms expression of both disorders. 173 students (123 girls, 50 boys) from different Croatian universities participated in this study, average age of 21,5 years. Participants were asked to complete *Social Anxiety Questionnaire, Depression Anxiety Stress Scales, Automatic Thoughts Questionnaire and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.* The results showed the existence of significant gender differences only in social anxiety. Women accomplished significantly higher results than men, which implies that they are more socially anxious. Furthermore, it was found significant positive correlation between all variables that are used in this research, except between depression and subscale refocus on planning and between automatic thoughts and the same subscale. Also, it was found that significant predictors for the criterion variable of social anxiety were automatic thoughts and subscale of rumination, and for the criterion variable of depression, the only significant predictor were automatic thoughts.

Key words: social anxiety, depression, automatic thoughts, emotion regulation

1. UVOD

Anksioznost je stanje iracionalnog straha i s njim povezanih različitih ponašajnih smetnji. Međutim, valja razlikovati stanje straha i samu anksioznost. Naime, strah predstavlja emocionalnu reakciju pojedinca na prijetnju koja je aktualna i stvarna, dok, s druge strane, anksioznost podrazumijeva percepciju i predviđanje neke buduće prijetnje. Objekt ili situacija koji izazivaju anksioznost, strah, različita izbjegavajuća ponašanja i različite kognitivne ideje ili misli su upravo karakteristike po kojima se razlikuju poremećaji koji spadaju u kategoriju anksioznih poremećaja (DSM 5, 2014). S druge strane, *depresivnost* podrazumijeva stanje čije su značajke razdražljivo, isprazno ili tužno raspoloženje uz koje se pojavljuju različite kognitivne i tjelesne promjene koje imaju značajan negativan efekt na svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Etiologija, početak i trajanje su značajke po kojima se razlikuju poremećaji koji spadaju u kategoriju depresivnih poremećaja (DSM 5, 2014). *Anksiozni i depresivni poremećaji* su psihopatološka stanja koja privlače najveći interes istraživača i javnosti budući da se radi o poremećajima koji su po svim statističkim parametrima uvjerljivo najčešći. Iako su ove dvije kategorije psihopatoloških stanja u prošlosti vrlo često predstavljane kao dvije potpuno odvojene kategorije, novija istraživanja su dokazala da se radi o poremećajima koji, ni u kojem slučaju nisu međusobno isključivi, već u većini slučajeva, djeluju međusobno, tj. na interaktivan način (Gorman, 1997). Ono što se može zaključiti iz aktualno važećih klasifikacijskih sistema, u usporedbi s prethodnima, jest značajan porast prevalencije i jednih i drugih poremećaja u populaciji. Razlog tome jest promjena u dijagnostičkim kriterijima odnosno dodavanje novih kriterija već postojećima. *Socijalna anksioznost i depresivnost* spadaju među najčešće proučavane poremećaje iz ove dvije kategorije iz razloga što ta dva poremećaja, tj. njihova simptomatologija, rezultira vrlo značajnim negativnim posljedicama na svakodnevan život pojedinca. Pokušaj obuhvaćanja ovako kompleksnih poremećaja s jednom teorijom ili pristupom je bio vrlo čest slučaj u povijesti, međutim, danas se većina stručnjaka slaže da je ovakve konstrukte nemoguće razumjeti na takav način te da je potreban multidisciplinaran pristup kako bi se, oni pojedinačno te njihova interakcija, mogli razumjeti (Vulić – Prtorić, 2007). Budući da se radi o poremećajima u kojima emocije igraju značajnu ulogu, *regulacija emocija* je krucijalna. Naime, radi se o procesima ili strategijama kojima pojedinac nastoji regulirati svoje emocije na način da se osoba zaštiti od vlastitih neugodnih emocija, da ih usmjeri tako da ne utječu negativno na njezino funkcioniranje te da ih uskladi s okolinskim

zahtjevima (Macuka, 2012). Postoje različite strategije emocionalne regulacije od kojih su neke vrlo korisne, dok su neke pogubne. Razvijanje onih adekvatnih i učinkovitih, a izbjegavanje i uklanjanje negativnih i neefikasnih jest prioritet za subjektivnu dobrobit pojedinca. Osim ove *emocionalne dimenzije* spomenutih poremećaja, postoji i druga, *kognitivna*. Riječ je o *automatskim mislima* koje su usko vezane uz kognitivne procese pojedinca, a koje predstavljaju određene negativne kognitivne sheme koje rezultiraju različitim distorzijama ili iskrivljavanjima koja pridonose održavanju nastalih poremećaja. Kod depresivnosti su zastupljene u obliku negativnih kognitivnih shema koje rezultiraju kognitivnom trijadom koja predstavlja negativan pogled pojedinca na samog sebe, na svoje odnose s drugima te na vlastitu budućnost (Lau, Haigh, Christensen, Segal i Taube – Schiff, 2012) dok su kod socijalne anksioznosti zastupljene u obliku anksiozno negativnih misli (Calvete, Orue i Hankin, 2013).

U ovom radu smo se usmjerili na ispitivanje odnosa između emocionalnih i kognitivnih dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti na uzorku studenata te smo na taj način nastojali doprinijeti već postojećim spoznajama o ova dva poremećaja u mlađoj odrasloj dobi. U nastavku će biti ukratko opisana socijalna anksioznost i depresivnost te njihova međusobna povezanost u malo detaljnijem obliku te, naposljetku, će biti predstavljeni emocionalni i kognitivni konstrukti čije odnose sa spomenutim varijablama ćemo ispitivati, a to su automatske misli i emocionalna regulacija.

1. 1. Socijalna anksioznost

1. 1. 1. Definicija, kriteriji, simptomatologija i vrste socijalne anksioznosti

Socijalna anksioznost se u kliničkoj psihologiji prvi put pojavila pod nazivom socijalna fobija. Pojam *socijalne fobije* u kliničku psihologiju prvi je uveo Janet početkom 20. stoljeća, međutim, ispočetka je taj poremećaj imao mnogo različitih naziva kao što su antropofobija, socijalna neuroza itd. Poremećaj pod ovim nazivom je uvršten u dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje u drugoj polovici 20. st. Iako se, u početku, ovaj poremećaj koncipirao kao strah od određenih socijalnih situacija, kasnije revizije različitih dijagnostičkih priručnika su rezultirale time da je postojeća definicija proširena na različite kronične i sveopće socijalne strahove, a rezultat toga je bio taj da pojam socijalna fobija više nije zahvaćao sve ono što je njegovom definicijom bilo zahvaćeno te se stoga u znanstvenoj literaturi počeo sve više primjenjivati pojam socijalna anksioznost (Stangier, Clark i Ehlers, 2009). Američka psihijatrijska udruga (1994., prema

Hudson i Rapee, 2000) definira ovaj poremećaj kao održavajući i uočljivi strah od potencijalne *situacije izvedbe* ili, općenito, socijalne situacije u kojoj bi pojedinac mogao biti pod nekom vrstom procjenjivanja od strane drugih, prvenstveno, njemu nepoznatih ljudi. Socijalnu anksioznost karakteriziraju različiti dijagnostički kriteriji i simptomi, a jedna od temeljnih karakteristika tog poremećaja jest *umišljenost ili uvjerenost* osobe da će ga drugi pojedinci ismijati u različitim socijalnim situacijama promatrajući njegovo ponašanje i određene tjelesne znakove poput drhtanja, znojenja, crvenjenja itd. Nadalje, neki od dijagnostičkih kriterija kojima je okarakterizirana socijalna anksioznost je i *strah i izbjegavanje središta pažnje* kao potencijalne situacije u kojoj bi se bolesnik mogao osjećati ismijano ili poniženo. Također, nekad se mogu javiti i simptomi poput straha od povraćanja ili potrebe za obavljanjem nužde zbog straha. Različite socijalne situacije mogu biti okidač za pojavu ovakvih iracionalnih strahova kao što su razgovor s nepoznatom osobom, govor u manjoj grupi, jedenje ili govor u javnosti. Dakle, situacije koje predstavljaju potencijalnu opasnost za takve pojedince su one situacije koje uključuju nekakav oblik *socijalne interakcije*, tj. sudjelovanja u interpersonalnim situacijama ili nekakav oblik „promatranja i procjenjivanja“ bolesnikovog ponašanja od strane drugih u navedenim situacijama (Stangier i sur., 2009). Holt, Heimberg, Hope i Liebowitz (1992) kategoriziraju četiri vrste situacija koje, prema njima, izazivaju anksioznost kod osoba koje pate od socijalne anksioznosti, a to su: socijalne interakcije koje zahtijevaju asertivnost, tj. borbu za vlastita prava, npr. konverzacija s nadređenima; situacije u kojima se očekuje neformalni govor i interakcije, npr. odlazak na tulum; situacije u kojima osoba osjeća da je netko promatra i procjenjuje, npr. dok nešto piše; te situacije u kojima se očekuje formalni govor i interakcije, npr. nastup pred publikom. Ovakvi iracionalni strahovi su, u pravilu, uvijek praćeni različitim tjelesnim pokazateljima kao što su mišićna napetost, palpitacije, proljev, mučnina, drhtanje, crvenjenje itd., a koji nastaju kao posljedica pojačanog djelovanja autonomnog živčanog sustava. Učestalo ponavljanje ovakve simptomatologije može rezultirati i ozbiljnijim zdravstvenim posljedicama poput napadaja panike.

Budući da je jedan od simptoma ili pokazatelja socijalne anksioznosti izbjegavanje različitih socijalnih situacija, to može rezultirati značajno narušenim socijalnim odnosno interpersonalnim odnosima što može za posljedicu imati potpunu socijalnu izolaciju. Ovaj problem može biti posebno poguban na radnom mjestu budući da pojedinci s ovakvom dijagnozom mogu imati velikih problema u izvršavanju onih radnih zadataka koji zahtijevaju nekakav oblik socijalne interakcije. Takve osobe često znaju izbjegavati različite poslovne situacije i partnerske odnose upravo zbog *straha od procjene* ili

međusobne interakcije. Oni su često nezaposleni, nedovoljno kvalificirani, imaju niža primanja te su skloni napuštanju radnih mjesta zbog straha od različitih zahtjeva koje pred njih stavljaju različite socijalne situacije. Međutim, osim problema na radnom mjestu, kod ovih pojedinaca je karakteristična i osamljenost u privatnom životu. Takvi pojedinci imaju problema s pronalaskom ljubavnog partnera te imaju manju socijalnu mrežu ljudi s kojima imaju kvalitetne interpersonalne odnose (Stangier i sur., 2009). Nekvalitetni, nezadovoljavajući i rijetki socijalni odnosi su karakteristika koja ove pojedince prati kroz cijeli život (Alden i Taylor, 2004). Ovakvi pojedinci su u mogućnosti ostvariti bliske odnose s drugim ljudima, međutim, različita izbjegavajuća ponašanja koja oni primjenuju te vlastite disfunkcionalne misli o sebi i drugima rezultiraju siromašnom socijalnom mrežom (Alden i Taylor, 2004). Općenito, njihov način komunikacije je takav da onemogućava kvalitetne socijalne interakcije tj. oni slabo izražavaju vlastite potrebe, nisu asertivni, emocionalno izražavanje je svedeno na minimum i izbjegavaju konflikte (Davila, Beck i Buffalo, 2002). Kada se govori o studentskoj populaciji, studenti koji pate od socijalne anksioznosti su skloniji odustati od studija, imaju lošiju prilagodbu na studij te ih se u većoj mjeri doživljava ili kao manje sposobne ili nezainteresirane (Russell i Topham, 2012).

Različiti dijagnostički i psihijatrijski priručnici ističu postojanje dvije vrste socijalne anksioznosti, a to su *generalizirana* podvrsta te *specifična*. Za *generaliziranu* socijalnu anksioznost je karakteristično da se pojavljuje u većini situacija koje predstavljaju određeni socijalni zahtjev pred pojedinca, dok se *specifična* javlja samo u određenim socijalnim situacijama. Logičan je zaključak da je generalizirani oblik mnogo destruktivniji za pojedinca te zahtijeva ozbiljniji tretman. Što se simptomi socijalne anksioznosti pojave ranije u životu, to je rizik od generalizirane podvrste veći i izraženiji (Wittchen, Stein i Kessler, 1999). Neka istraživanja su pokazala da se ova dva tipa socijalne anksioznosti ne razlikuju međusobno po određenim sociodemografskim varijablama, dobi početka te obiteljskoj anamnezi (Kessler i sur., 1998: prema Hollander i Simeon, 2006). Također, istraživanje Hughesa i sur. (2006.) ističe druge dvije vrste socijalne anksioznosti, a to su: *socijalna anksioznost vezana uz određenu izvedbu i vezanu uz socijalne interakcije.* Anksioznost vezana uz izvedbu se odnosi na strah od izvođenja bilo koje aktivnosti odnosno radnje ispred drugih, a anksioznost vezana uz interakcije se odnosi na strah pojedinca od ulaska u razgovor s drugim ljudima.

1. 1. 2. Epidemiologija i rizični faktori

Dijagnosticiranje socijalne anksioznosti je vrlo često iznimno kompliciranobudući da se ona sa svojom simptomatologijom i dijagnostičkim kriterijima uvelike preklapa sa nekim drugim anksioznim te depresivnim poremećajima. Za razliku od ostalih anksioznih poremećaja, socijalna anksioznost je jedan od onih koji je najkasnije otkriven upravo iz razloga što su je istraživači koji se bave područjem psihopatologije vrlo često poistovjećivali sa osobinom sramežljivosti koja je često zastupljena kod ljudi (Zimbardo, Pilkonis i Norwood, 1974; prema Rapee i Heimberg, 1997). Najefikasniji način diferenciranja socijalne anksioznosti od drugih anksioznih poremećaja jest prepoznavanje točno određenih situacija i uvjeta u kojima se ona javlja te precizno i podrobno objašnjenje straha koji tad nastaje. Također, i tjelesna simptomatologija nekad može pripomoći diferencijalnoj dijagnostici. Tako, npr. razlikovanje socijalne anksioznosti i agorafobije je u nekim situacijama izvedivo jedino u terminima tjelesne simptomatologije i činjenice da bolesnici koji pate od agorafobije ponekad doživljavaju intenzivan strah i kad su sami. Kada se govori o epidemiologiji socijalne anksioznosti, odmah valja istaknuti da se radi o poremećaju koji je toliko učestao u posljednja dva desetljeća da se smatra jednim od najčešćih anksioznih poremećaja, a u domeni fobija je na samom vrhu. Kada se govori o zastupljenosti ovoga poremećaja kod djece, onda se ti postotci kreću od 9 – 15% (Last, Strauss i Francis, 1987). Nova suvremena istraživanja izvještavaju o rasponu zastupljenosti ovog poremećaja *od* 7 do 12% u sveopćoj populaciji (Wittchen i Fehm, 2003). Ono što je vrlo zabrinjavajuće jest da mnoga istraživanja pokazuju da je učestalost socijalne anksioznosti u drastičnom porastu (Heimberg, Stein, Hiripi i Kessler, 2000). Nadalje, što se tiče spolnih razlika, omjer ide nešto malo više u korist žena iako neka istraživanja pokazuju da u kliničkoj populaciji spolne razlike gotovo i ne postoje (Wittchen i Fehm, 2003). Neka istraživanja pokazuju da muškarci češće koriste tretman u liječenju poremećaja, vjerojatno iz razloga što socijalna anksioznost ima veće posljedice za njih nego za žene prvenstveno zbog njihove društvene uloge (Hollander i Simeon, 2006). Početak razvoja ovog poremećaja je uglavnom *između ranog djetinjstva i kasne adolescencije*. Mnogobrojne studije izvještavaju da se uglavnom radi o periodu između 10. i 13. godine. U odrasloj dobi početak ovog poremećaja je iznimno rijedak. Isto tako, budući da djeca ne mogu razlikovati karakteristične strahove koji se javljaju u toj dobi od socijalnih zahtjeva, dijagnoza socijalne anksioznosti nije moguća prije 8. godine. S godinama raste i prevalencija ovog poremećaja (Kashani i Orvaschel, 1990).

Postoje različiti rizični faktori koji mogu biti potencijalni okidači za razvoj ovog poremećaja. Kao i kod većine poremećaja naglasak je uvijek na genetici i okolini te njihovoj interakciji. *Okolinske odrednice* koje mogu igrati značajnu ulogu u nastanku socijalne anksioznosti mogu biti različiti negativni životni događaji kao što su npr. *rastava roditelja, različiti oblici seksualnog zlostavljanja, različita ponižavajuća iskustva iz socijalnih situacija i interakcija*, npr. ruganje i zadirkivanje od strane druge djece, *kritiziranje* od strane roditelja i drugih (Rape i Spence, 2004). Nadalje, pod rizične faktore također spadaju i *postojanje psihijatrijske bolesti u obitelji, česte selidbe, bježanje od kuće* itd. (Hollander i Simeon, 2006). Kada se govori o traumatskom iskustvu kao uzroku razvoja poremećaja, valja istaknuti da se radi o jednom od vodećih uzroka socijalne anksioznosti kod djece i adolescenata. Jedno istraživanje je pokazalo da je čak 58% uzorka pojedinaca koji pate od ovog poremećaja kao primarni uzrok navelo upravo traumatsko iskustvo. U prvom redu to su bila neugodna iskustva na nekoj zabavi, na prvom spoju, tijekom pričanja u javnosti, tijekom započinjanja razgovora s nekim te ismijavanje od strane drugih (Öst i Hughdal, 1981). Jedno od najtežih traumatskih iskustava može biti izolacija od strane drugih. Najveći problem kod toga je taj što izolacija od strane drugih utječe na daljnji razvoj socijalnih vještina te se osoba može početi osjećati socijalno nekompetentnom te na taj način stvoriti začarani krug na način da zbog novonastale situacije uopće više ne želi ulaziti u socijalne interakcije (Gilmartin, 1987). Osobe koje pate od socijalne anksioznosti izvještavaju o tome da se svakodnevno događaju različiti stresni događaji koji pogoduju održavanju njihovog stanja i to u mnogo značajnijoj mjeri nego pojedincima koji su zdravi (Beidel, 1991). Također, one izvještavaju kako se u njihovim životima njima, općenito, događa manje pozitivnih događaja te kako doživljavaju manje pozitivnih emocija od osoba koje nemaju ovih problema (Kashdan i Steger, 2006). Možda i najvažniji okolinski rizični faktor za razvoj socijalne anksioznosti jest *stil odgoja djeteta*. Naime, majke koje su previše zaštitnički nastrojene prema svom djetetu, koje previše kontroliraju svoje dijete, a istovremeno ne pridaju dovoljno pažnje njegovim emocijama, stvaraju vrlo jake temelje za razvoj socijalne anksioznosti (Rapee i Spence, 2004). Mnoga istraživanja su pokazala da osobe s ovim poremećajem vrlo često opisuju svoj odnos s roditeljima kao odnos u kojem nedostaje topline, u kojem su roditelji prezaštitnički nastrojeni te ih na taj način odbijaju od sebe te kao odnos u kojem briga roditelja prema djetetu nije adekvatna i primjerena (Arrindell, Emmelkamp, Monsma i Brilman, 1983; Bruch i Heimberg, 1984; Parker, 1979). Takav prezaštitnički odgoj djeteta rezultira njegovom zabrinutošću i izolacijom iz socijalnih interakciji što još dodatno

pogoduje nastanku socijalne anksioznosti (Atilli, 1989;). Interakcije majke i djeteta, tj. razvoj njihovog *stila privrženosti* može biti zaštitni, ali i vrlo rizičan faktor za razvoj poremećaja. Privrženost predstavlja snažnu emocionalnu povezanost djeteta s objektom privrženosti kojeg u većini slučajeva predstavlja majka, iako to ne mora biti uvijek slučaj. Svrha privrženosti jest djetetovo održavanje blizine s objektom privrženosti, pogotovo u stresnim situacijama (Bartholomew i Horowitz, 1991). Postoje tri temeljna stila privrženosti, a to su: sigurni, izbjegavajući te anksiozno – preokupirajući. Formiranje određenog stila privrženosti s objektom privrženosti je od ključnog značaja za interpersonalne odnose pojedinca u budućnosti. Naime, određeni stil privrženosti implicira formiranje unutarnjih radnih modela, tj. mentalnih reprezentacija koje pojedinac ima o sebi, o drugima te o međusobnim odnosima. Upravo ti radni modeli utječu na formiranje budućih socijalnih odnosa te socijalne interakcije (Bartholomew i Horowitz, 1991). Neka istraživanja su pokazala da je socijalna anksioznost pozitivno povezana s izbjegavajućim i anksiozno – preokupirajućim stilom privrženosti, a negativno sa sigurnim stilom privrženosti (Michelson, Kessler i Shaver, 1997). Istraživanje Heimberga, Harta, Schneiera i Liebowitza (2001) ističe da osobe koje pate od socijalne anksioznosti razvijaju uglavnom anksiozno – preokupirajući stil privrženosti iz razloga što takav stil podrazumijeva strah od socijalne interakcije, socijalne evaluacije, izbjegavanje takvih situacija, preokupiranost ishodom socijalne interakcije ili događaja te posjedovanje negativnih vjerovanja o sebi i nedostatak povjerenja u druge. Također, niti utjecaj genetskog nasljeđa se ne treba umanjivati. Tu prije svega valja istaknuti, dvije genetske karakteristike ili odrednice ponašanja, a to su inhibirano ponašanje i plašljivost. Ove dvije odrednice zapravo predstavljaju temperament osobe. Temperament predstavlja sklonost pojedinca prema određenim stilovima emocionalnih reakcija te određenim raspoloženjima koja je urođena (Mussen, Conger, Kagan i Huston, 1990; prema Furmark, 2000). Inhibirano ponašanje se odnosi na tipičnu reakciju straha osobe u situaciji koja je za nju nepoznata i njezinu instinktivnu reakciju da se iz takve situacije makne (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman i Garcia Coll, 1984). Prema ovim autorima ova odrednica ponašanja obuhvaća reakcije sramežljivosti, opreznosti, povlačenja i izbjegavanja. Neka istraživanja su pokazala određenu povezanost između inhibiranog ponašanja i nastanka socijalne anksioznosti tako da se može govoriti o tome da bi inhibirano ponašanje moglo predstavljati potencijalni rizični faktor za nastanak poremećaja (Biederman i sur., 2001). Mnogobrojne studije su pokazale da su pojedinci, prvenstveno djeca, koja pokazuju određene karakteristike inhibiranog ponašanja podložnija razvoju ovoga poremećaja u kasnijoj fazi života za

razliku od djece koja ne pokazuju ove odrednice ponašanja (Biederman i sur., 1990). Što se tiče plašljivosti kao genetske dispozicije, ona obuhvaća dva karakteristična oblika straha, a to su strah od nepoznatih osoba u djetinjstvu te socijalni strah koji se ogleda u evaluiranju samog sebe, a koji se javlja kasnije u životu. Međutim, neka istraživanja nisu potvrdila povezanost između ove genetske odrednice i nastanka socijalne anksioznosti (Asendorpf, 2002; prema Stangier i sur., 2009). Rezultati nekih istraživanja su ponudili i jedan drugi rizični faktor, a to je *učenje po modelu*. Ti rezultati pokazuju da djeca čiji roditelji pate od socijalne anksioznosti su podložnija i ranjivija za nastanak istoga, nego djeca čiji su roditelji zdravi (Lieb i sur., 2000). Ovome u prilog idu i mnogobrojne studije koje su pokazale veću zastupljenost ovog poremećaja kod rodbine pojedinca koji već ima poremećaj u odnosu na kontrolne grupe što zapravo implicira da je obiteljsko okruženje jedan od ključnih faktora za potencijalni razvoj poremećaja (Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz i Klein, 1993; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel i Perrin, 1991; Reich i Yates, 1988). Također, neka istraživanja su pokazala da roditelji koji pate od socijalne anksioznosti upravo putem procesa modeliranja mogu, implicitno, djeci prenijeti svoja socijalna iskustva koja su, međutim, iskrivljena te ih na neki način uvjeriti da su, općenito, socijalne interakcije nepoželjne i da bi ih, što je više moguće, trebalo izbjegavati (Buss, 1986; prema Hudson i Rapee, 2000).

1. 1. 3. Kognitivni procesi i tijek socijalne anksioznosti

Ono što je vrlo zanimljivo kod osoba koje pate od ovog poremećaja jest njihovo informacijsko procesiranje. Naime, postoje mnogobrojna istraživanja koja su se bavila procesima pažnje, procjene i pamćenja kod ovih pojedinaca. Kod ispitivanja pažnje putem Stroopovog testa brojna istraživanja su pokazala da osobe koje pate od socijalne anksioznosti pokazuju tendenciju da između ponuđenih riječi u testu u većini slučajeva pažnju obraćaju na one riječi koje predstavljaju socijalno prijeteću informaciju (Hope, Rapee, Heimberg i Dombeck, 1990). Što se tiče procesa procjene, studija Wallacea i Aldena (1997), u kojoj je zadatak ispitanika bio da sudjeluju u različitim socijalnim interakcijama i da nakon toga procjene koliko su bili zadovoljni svojim socijalnim vještinama, pokazala je da ovi pojedinci uvijek procjenjuju svoje socijalne vještine znatno lošijima nego što one uistinu jesu. Procesi pamćenja, tj. eventualna pristranost u pamćenju socijalno prijetećih informacija kod ovih pojedinaca nije dokazana, međutim, neki istraživači (Clark i Wells, 1995) smatraju da pamćenje ima značajnu pristranu ulogu kod

ovakvih pojedinaca, tj. oni zasigurno imaju pohranjene socijalno prijeteće informacije koje potiču održavanje njihovog stanja budući da razmišljaju o njima i prije i poslije određene socijalne situacije.

Tijek socijalne anksioznosti može se opisati kao vrlo *fluktuirajući*, tj. prvo dolazi do nastanka poremećaja uz osjetna pogoršanja pa potom nakon nekog vremena slijedi period opadanja simptoma, tj. poboljšanja stanja pa ponovno pogoršanje. Međutim, nakon srednjih 20 – ih godina nema više značajnog fluktuiranja (Wittchen i Fehm, 2003). Studije pokazuju da je socijalna anksioznost kronična pojava pa zna potrajati i do 30 godina. Nažalost, tek određeni postotak bolesnika doživi potpuni oporavak. Različita ispitivanja pokazuju da se ti postotci kreću između 11 i 48% (Stangier i sur., 2009). Neke studije pokazuju da određeni faktori poput boljeg općeg zdravstvenog statusa, manjeg izlaganja svakodnevnim stresorima, nepostojanje depresivnosti, zaposlenja (Vriends i sur., 2007) te višeg obrazovanja (Davidson i sur., 1993; prema Hollander i Simeon, 2006) pridonose oporavku od ovog poremećaja.

1. 1. 4. Komorbiditet

Ono što predstavlja dodatnu poteškoću kod većine psihičkih poremećaja pa tako i kod socijalne anksioznosti jest komorbiditet s drugim poremećajima. *Komorbiditet* se odnosi na pojavu kada su istovremeno kod nekih pacijenata ili bolesnika prisutne, različite bolesti ili poremećaji, tj. stanje pacijenta je takvo da njegovi različiti simptomi ukazuju na postojanje najmanje dva, a u nekim situacijama i više poremećaja ili bolesti istovremeno (Vulić – Prtorić, 2007). Kad je riječ o socijalnoj anksioznosti, njezin komorbiditet je najveći s drugim anksioznim poremećajima, zlouporabom opojnih sredstava te poremećajima raspoloženja (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle i Kessler, 1996). Što se tiče zlouporabe opojnih sredstava, tu se radi o zlouporabi droge i alkohola i ona je najčešća kod mladih ljudi koji pate od ovog poremećaja (Zimmermann i sur., 2003). U istraživanju Magee i sur. (1996) je utvrđeno da čak 81% pacijenata koji pate od socijalne anksioznosti ima i još neki komorbidan poremećaj. Socijalna anksioznost uglavnom prethodi drugim poremećajima, ali isto tako se može javiti kao sekundarna. Pojava depresivnosti kao posljedice socijalne anksioznosti je vrlo čest slučaj kod pacijenata koji pate od socijalne anksioznosti, a posljedica te kombinacije se ogleda u još negativnijoj slici o sebi, većem padu samopoštovanja, izrazitijoj demoralizaciji te sklonosti izbjegavanju. Budući da depresivnost i socijalna anksioznost dijele neke zajedničke karakteristike njihov

komorbiditet je vrlo čest. Međutim, komorbiditet socijalne anksioznosti s depresivnosti nije toliko teška situacija kao npr. komorbiditet socijalne anksioznosti s nekim drugim poremećajima poput shizofrenije, što može rezultirati još većim poteškoćama u svakodnevnom životu pojedinca (Stein i Kean, 2000).

1. 1. 5. Etiološke teorije socijalne anksioznosti

Postoje različite teorije i modeli koji su nastojali i koji nastoje protumačiti etiologiju nastanka socijalne anksioznosti, a najznačajnije među njima su kognitivne teorije, a prvenstveno *Beckova kognitivna teorija i model Clarka i Wellsa*. *Beckova teorija* u prvi plan ističe negativne kognitivne sheme kao temeljni i ključni okidač za nastanak različitih psihičkih poremećaja, uključujući i socijalnu anksioznost. Prema ovoj teoriji, različita svakodnevna stresna životna događanja ili zahtjevi koji se pojavljuju pred pojedincem potiču disfunkcionalan način kognitivnog djelovanja, tj. aktivaciju negativnih kognitivnih shema, a posljedica toga su neadekvatne emocionalne i biheviоralne reakcije (Beck i sur., 1985., prema Stangier i sur., 2009). Autori smatraju da postoji nekoliko vrlo izraženih disfunkcionalnih shema koje karakteriziraju ovaj poremećaj, a one se odnose na to da takvi pojedinci pridaju previše važnosti tuđim procjenama vlastitog ponašanja i društvenim normama. Nadalje, svoje vlastito ponašanje procjenjuju previše perfekcionistički i stalno procjenjuju da li je njihovo ponašanje primjereno njihovoj ulozi u društvu. Naposljetku, ovakvi pacijenti misle da su procjene drugih vrlo kritične i sebe procjenjuju kao neuspješne i nekompetentne (Beck i sur, 1985., prema Stangier i sur., 2009). Oni smatraju da takve disfunkcionalne sheme postaju dio pamćenja i to kao dvije vrste pretpostavki: *neuvjetovane i uvjetovane*. *Uvjetovane* se odnose na one kognitivne sheme koje se pojavljuju samo u slučaju ako se dogodi određena situacija. Dakle, nužan je uvjet. *Neuvjetovane* su one koje se odnose na temeljna uvjerenja ili vrednovanja, a koje ne zahtijevaju prethodni uvjet. Jedna od posljedica ovakvih disfunkcionalnih negativnih shema jest pojava i razvoj *automatskih misli*. Kao što je rečeno i ranije, različiti životni događaji i iskustva mogu biti potencijalni okidači za razvoj ovakvih negativnih shema. Posebno osjetljiv period jest tranzicija iz jedne razvojne faze u drugu. Takve faze su najosjetljivije budući da različiti novi zahtjevi koji se stavljaju pred pojedinca u smislu socijalnih ponašanja i interakcija mogu rezultirati aktivacijom negativnih shema, a samim tim i automatskim mislima koje samo pogoduju razvitku različitih strahova od socijalnih odnosa i iskustava (Beck i sur., 1985., prema Stangier i sur., 2009).

Za razliku od Beckove kognitivne teorije tumačenja socijalne anksioznosti, *model Clarka i Wellsa* (1995) u prvi plan ističe neprimjerenost procesa kojima se pojedinac koristi prilikom obrade informacija u različitim socijalnim situacijama. Takvi neadekvatni i neprimjereni procesi obuhvaćaju nekoliko tipičnih obilježja koja karakteriziraju pacijente koji pate od ovoga poremećaja. Za takve osobe je karakteristično tzv. *sigurnosno ponašanje, predviđajući i naknadni procesi obrade informacija* prije i poslije određenog socijalnog iskustva te *usmjeravanje pažnje isključivo na sebe,* ali u mjeri koja nije uobičajena. Sigurnosno ponašanje predstavlja jedan oblik ponašanja koje osoba koja pati od ovog poremećaja vrlo često prakticira, a svrha mu je spriječiti potencijalnu neugodu ili poniženje koje bi moglo proizaći iz određenog socijalnog iskustva. Međutim, pacijent ne razumije da takav oblik ponašanja samo pogoršava odnosno produbljuje poremećaj jer ovakav obrazac ponašanja onemogućava pojedinca da ispravi neprimjereno aktualno ponašanje zbog kojeg mu je i dijagnosticiran poremećaj. Primjeri klasičnih sigurnosnih ponašanja bi bili pijenje alkohola kako bi se savladao strah ili izbjegavanje kontakta očima. Ovakvi oblici ponašanja, namjerni su i planirani. Također, ponekad je vrlo teško takva ponašanja otkriti budući da su ona rezultat jedinstvenih strategija pojedinca koje proizlaze iz, samo njemu poznatih, pretpostavki (Clark i Wells, 1995). Sigurnosna ponašanja dovode do niza štetnih efekata u području socijalnih odnosa i iskustava. Prije svega takav obrazac ponašanja pomaže održavanju i učvršćivanju socijalno anksioznih uvjerenja te takvi pojedinci djeluju negativno na ljude s kojima su u interakciji budući da su previše usmjereni na sebe. Neka od tih ponašanja zapravo proizvode suprotan efekt tako da privlače pažnju na sebe (npr. tiho govorenje) ili pojačavaju simptome umjesto da ih potiskuju (npr. znojenje). Kada je riječ o predviđajućim i naknadnim procesima obrade socijalnih informacija, tu postoji nekoliko obilježja koja su karakteristična za socijalnu anksioznost. Prije svega takvi pojedinci gotovo uvijek tumače određenu socijalnu situaciju na neprimjeren, isključivo negativan način te određene povratne informacije ili reakcije od strane drugih doživljavaju kao odbijanje. Nadalje, predviđanje određenog ishoda socijalne situacije rezultira intenzivnom anksioznošću i prije odvijanja same situacije. Njihovo zamišljanje situacije može biti do te mjere negativno i iskrivljeno da situaciju u potpunosti izbjegnu. Ono što je možda i najintrigantnije kod ovakvih pojedinaca jest negativno vrednovanje situacije i nakon što je ona prošla. Osoba ponovno prolazi kroz cijelo iskustvo i sada ga vrednuje još negativnije, tj. ruminira o njemu iako je ono možda bilo ugodno (Abbott i Rapee, 2004). Dodatna činjenica koja pridonosi održavanju iskrivljenih uvjerenja i negativnog vrednovanja jest i sjećanje na prethodne neuspjehe u socijalnim situacijama

što je vrlo čest slučaj kod pacijenata koji pate od ovog poremećaja (Stangier i sur., 2009). Što se tiče obilježja pretjeranog usmjeravanja pažnje na sebe, to je možda i najtipičnije obilježje osoba koje pate od socijalne anksioznosti. Problem kod ovog obilježja je taj što osoba uopće ne može usmjeriti svoju pažnju na primanje socijalnih informacija od strane drugih. Eventualnu pozitivnu povratnu informaciju od strane drugih oni ne mogu percipirati jer su usmjereni i zaokupirani samo sobom (Spurr i Stopa, 2002). Implikacija toga je da se s takvim pojedincima zapravo nitko ne želi družiti. Sažeto, ovaj model Clarka i Wellsa (1995) zapravo predstavlja tri faze djelovanja osoba koje pate od socijalne anksioznosti, a to je faza predviđanja događaja, faza odvijanja samog događaja i faza ruminacije nakon događaja. U prvoj fazi oni razmišljaju što bi se moglo dogoditi u određenoj situaciji i tu već dolazi do prisjećanja na prošla negativna iskustva, pristranog i negativnog mišljenja i očekivanja. Ova faza je ključna budući da ona ovakvim pojedincima služi kao neka vrsta „samoispunjavajućeg proročanstva“. Nadalje, u fazi samog događaja takva osoba očekuje neuspjeh i usmjerena je isključivo na sebe, a to je posljedica negativne vlastite percepcije i disfunkcionalnih shema. I naposljetku, u trećoj fazi ona ruminira o tome što se dogodilo, a to radi na prvenstveno negativan i iskrivljen način. Ono što je još tipično za ovakve pacijente jest da oni sebe procjenjuju negativno i iskrivljeno čak i kada se zamisle u ulozi promatrača. Međutim, odraz toga je njihova vizualna, a ponekad i auditivna predodžba vlastitih strahova (Hackmann, Clark i Mcmanus, 2000). Naposljetku, takvi pojedinci vrlo često poistovjećuju svoje strahove s određenom „tjelesnom“ simptomatologijom koja, uglavnom, ili nije uočljiva ili uopće ne postoji.

Budući da mnogobrojna istraživanja pokazuju da postoji velika komorbidnost između socijalne anksioznosti i depresivnosti, u nastavku će biti detaljno pojašnjen poremećaj depresivnosti.

1. 2. Depresivnost

1. 2. 1. Definicija i simptomatologija

Depresivnost predstavlja poremećaj koji spada u grupu depresivnih poremećaja (DSM 5, 2014.), a odnosi se na emocionalno stanje pojedinca koje je obilježeno osjećajima žalosti, neraspoloženja i tuge te danas spada u jedan od najzastupljenijih poremećaja. Radi se o psihopatološkom stanju koje podrazumijeva značajne promjene raspoloženja koje imaju efekta na tjelesno stanje, opažanje te socijalno, kognitivno i biheviorално

funkcioniranje (Lovretić, Mihaljević – Peleš, 2013). Neka istraživanja pokazuju da oko četvrtina odrasle populacije i 15% dječje populacije u općoj populaciji ima simptome koji su karakteristični za depresivnost (Nolen – Hoeksema, Girgus i Seligman, 1992). Depresivnost karakteriziraju različiti simptomi: naglašeni osjećaji krivnje i bezvrijednosti, nedostatak životne energije, umor, teškoće prilikom koncentracije i u donošenju odluka, značajno negativno raspoloženje te gubitak interesa i anhedonija (Vulić – Prtorić, 2007). Također, u simptomatologiju depresivnosti spadaju i problemi poput smanjenog libida, suicidalnih misli, teškoće sa koncentracijom, bolovi, poremećaji apetita, poremećaji spavanja te gubitak tjelesne težine (Hautzinger, 2002). Ovo je tip poremećaja koji može trajati i nekoliko godina, ali isto tako može predstavljati samo uvod u neka puno teža i ozbiljnija stanja poput ovisnosti, prvenstveno o alkoholu i drogama (Birmehamer i sur., 1996). Ovaj tip poremećaja, u odnosu na ostale poremećaje, pokazuje najveći kontinuitet od djetinjstva preko adolescencije do odrasle dobi. Početak depresije je najčešće između 13. i 15. *godine* (Lewinsohn i Essau, 2002). Kod utvrđivanja depresivne simptomatologije valja biti vrlo oprezan budući da se neki od ovih simptoma pojavljuju i kao normalne reakcije pojedinca na različite stresne životne situacije (npr. smrt člana obitelji) te zbog toga mnogi stručnjaci koji se bave psihodijagnostikom razlikuju, u današnje vrijeme, normalne oblike perioda žalovanja te one oblike koji spadaju pod duboku depresiju koja može potrajati duže vrijeme. Depresivnost predstavlja oblik psihopatologije u kojem vremenski period i intenzitet takvog stanja nisu adekvatni i primjereni događaju koji je rezultirao tim stanjem te kod tih osoba dolazi do osjećaja krivnje jer smatraju sebe odgovornima za nastalo stanje te zato jer ne mogu samostalno pronaći izlaz iz situacije. Isto tako javlja se i gubitak samopoštovanja.

1. 2. 2. Razine depresivnosti, epidemiologija i komorbiditet

Ovakvo razlikovanje depresivnog stanja od onog koje to nije, nije baš jednostavno stoga kliničari razlikuju tri razine koncepta depresivnosti, a to su: *razina simptoma, razina sindroma te razina poremećaja.* Kada se govori o *razini simptoma,* tu se zapravo proučavaju različiti simptomi koje pojedinac ima zajedno s različitim drugim obilježjima koji su vezani uz njegov cjeloživotni razvoj. Ovo doživljava najveći broj ljudi. Simptomi depresivnosti mogu biti različiti pa ih neki klasifikacijski sustavi dijele u nekoliko skupina, a to su: bihevioralni, tjelesni, emocionalni i kognitivni. Kada govorimo o bihevioralnim simptomima tu prije svega prevladava anhedonija, psihomotorička usporenost, agitacija,

umor, djelovanje na van, agresivno ponašanje, socijalno povlačenje itd. (Vulić – Prtorić, 2007). Što se tiče tjelesnih simptoma tu prevladavaju trbobolje, umor, različite smetnje spavanja, problemi s apetitom, glavobolje itd. Nadalje, emocionalni simptomi obuhvaćaju osjećaje krivnje, anksioznost, ljutnju, žalost, anhedoniju, disforiju itd., dok kognitivni simptomi podrazumijevaju probleme s koncentracijom, nisko samopoštovanje, osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti, greške u zaključivanju, depresivni atribucijski stil, samookrivljavanje, obezvrjeđivanje itd (Vulić – Prtorić, 2007). Na *razini sindroma* se promatraju različite skupine simptoma koje se pojavljuju zajedno i koji, uobičajeno, imaju određeno značenje koje se pridaje određenom poremećaju. Ovo doživljava manji broj ljudi. I naposljetku, na *razini poremećaja* se govori o skupini sindroma koji obuhvaćaju simptome koji imaju veliki utjecaj na normalno funkcioniranje pojedinca, a to podrazumijeva etiologiju koja se uvijek pojavljuje uz određeni poremećaj. Treću razinu, tj. razinu samog poremećaja doživljava mali broj ljudi (Vulić – Prtorić, 2007).

Depresivnost ima vrlo veliki interindividualni varijabilitet tijeka bolesti, tj. vrlo teško je predvidjeti razvoj i tijek bolesti kod svakog pojedinca. Postoji nekoliko faza bolesti pa tako postoji remisija koja se odnosi na period u kojem dolazi do poboljšanja zdravstvenog stanja kod pojedinca, ali to traje samo kratkotrajno. Nadalje, nakon remisije može uslijediti ili faza vraćanja bolesti koja podrazumijeva ponovnu pojavu identične depresivne simptomatologije, ili faza oporavka, tj. faza ozdravljenja. U nekim slučajevima, nakon faze oporavka se zna pojaviti faza ponovne pojave bolesti, tj. nove depresivne epizode (Hautzinger, 2002).

Što se tiče spolnih razlika, one su zastupljene u uzorku adolescenata i odraslih u omjeru 2:1 u korist žena što znači da su žene u ovim uzorcima, u prosjeku, depresivnije (Birmehamer, Ryan, Williamson, Brent i Kaufman, 1996a; Birmehamer i sur., 1996b). Dijagnosticiranje depresivnosti je vrlo rijetko kod djece koja još nisu krenula u školu, ali se naglo povećava kod djece koja uđu u pubertet, a time i u adolescentsko razdoblje koje je poznato kao najburnije razvojno razdoblje u životu osobe i tu se ujedno formiraju spolne razlike koje su inače karakteristične za depresivnost (Vulić – Prtorić, 2007). Kada se govori o razvojnim fazama u kojima se kod pojedinca pojavljuje depresivnost, onda valja istaknuti da je depresivnost moguće dijagnosticirati već nakon 3. godine života, ali to je jako rijetko, tek oko 1% svih slučajeva. U predpubertetskom razdoblju je isto vrlo mali broj slučajeva depresivnosti, između 1.5% i 2% (Gotlib i Hamen, 1996; prema Vulić – Prtorić, 2007). Neki autori smatraju da je to za ovaj period razvoja pojedinca možda ipak podcjenjen postotak budući da djeca u ovom periodu ne znaju verbalizirati svoje osjećaje

ispravno, roditelji isto tako vrlo loše procjenjuju svoju djecu te zbog visoke stope komorbidnosti, tj. pojave maskirane depresije. Iako djevojčice, u prosjeku, pokazuju više depresivnih simptoma od dječaka u različitim razvojnim periodima, u ovom razdoblju su dječaci nešto malo depresivniji od djevojčica (Stemmler i Peterson, 2005). Period puberteta i adolescencije je znatno drugačiji od ostalih razvojnih razdoblja. Budući da je ovo veoma osjetljiv period, vrlo često je teško razlikovati prirodnu neraspoloženost adolescenta od stvarne depresivne simptomatologije, pogotovo kod djevojčica. Međutim, u ovom periodu je, za razliku od prethodno spomenutih razvojnih perioda, zastupljen puno veći broj simptoma te su i postotci dijagnosticirane depresije puno veći, i do 5% u općoj populaciji (Vulić – Prtorić, 2007). Prosječno trajanje ovog poremećaja je 7 – 9 mjeseci s tim da valja istaknuti da se radi o poremećaju koji je reverzibilnog karaktera. Što se tiče komorbiditeta, uz ovaj poremećaj kao sekundaran poremećaj se vrlo često javlja poremećaj ponašanja te u nekim slučajevima i poremećaj ličnosti (Birmehamer i sur., 1996a). Neke studije pokazuju da čak između 40 i 70% djece ima, uz depresivnost, još barem jedan komorbidni poremećaj, dok između 20 i 50% djece ima dva ili više komorbidnih poremećaja (Ciccheti i Toth, 1998). Komorbiditet je znatno veća i češća što je pojedinac mlađi. Komorbidni poremećaji koji se najčešće javljaju uz depresivnost su distimični poremećaj, poremećaji ponašanja, ovisnosti, poremećaji koncentracije, anksiozni poremećaji te poremećaji kontrole poriva (Vulić – Prtorić, 2007). Prosječan komorbiditet različitih anksioznih poremećaja sa depresivnosti je 58% (Mineka, Watson i Clark, 1998; Newman, Moffitt, Caspi i Silva, 1998).

1. 2. 3. Dijagnostika

Dijagnostika depresivnosti nije baš jednostavan postupak. Ona obuhvaća nekoliko faza od kojih su sve značajne za što precizniju dijagnostiku. Tu je jako važno dobro poznavanje obiteljske situacije, tj. anamneze kako bi se mogao utvrditi potencijalni utjecaj genetskih i okolinskih faktora na razvoj poremećaja. Nadalje, vrlo je važno poznavanje psihodijagnostičkog instrumentarija te kriterija utvrđenih aktualno važećim klasifikacijskim sustavima. Isto tako, nužan je i timski rad prilikom obavljanja dijagnostičkog postupka u smislu konzultacija između stručnjaka iz različitih područja. I naposljetku, naročito je važno dobro poznavanje različitih principa i miljokaza koji su karakteristični za određena razvojna razdoblja pojedinca (Vulić – Prtorić, 2007). Prilikom psihološke procjene pojedinaca za koje se sumnja da imaju depresivni poremećaj poseban

naglasak je na ovim aspektima: procjena rizika samoozljeđivanja i suicida, procjena djetetove ugroženosti, procjena simptoma depresivnosti, diferencijalna dijagnostika, procjena rizičnih i zaštitnih faktora te procjena uvjeta za planiranje tretmana (Vulić – Prtorić, 2007). Tijekom godina predlagani su različiti kriteriji za što efikasniju operacionalizaciju depresivnih poremećaja pa su tako danas na snazi Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM 5) te Međunardoni sustav klasifikacije bolesti (MKB - 10). Na temelju ovih formiranih i implementiranih sustava, depresivnost se utvrđuje na temelju istodobno uočenih simptoma, njihovog vremenskog trajanja te na temelju diferencijalne dijagnostike (Hautzinger, 2002). Što se tiče diferencijalne dijangostike depresivnosti, tu je vrlo važno isključiti organski uvjetovanu depresivnost jer su brojna istraživanja pokazala da depresivnost može biti uvjetovana različitim imunološkim i endokrinim poremećajima, tjelesnim i neurološkim bolestima, zlouporabom različitih psihoaktivnih tvari te somatoformnim poremećajima (Hautzinger, 2002). Depresivnost, prema navedenim klasifikacijskim sustavima spada u skupinu poremećaja raspoloženja koji spadaju u tzv. *internalizirane poremećaje* što znači da je takve poremećaje uglavnom teže otkriti jer su dobro prikriveni. Ono što je vrlo zanimljivo za istaknuti jest činjenica da mnogi aktualni klasifikacijski sistemi koriste iste kriterije prilikom postavljanja dijagnoze depresivnosti kod djece i kod odraslih i to je razlog zbog čega su brojnoj djeci i adolescentima postavljene pogrešne dijagnoze ili im nije otkrivena stvarna depresivnost. Naime, oblici u kojima se simptomi depresivnosti pojavljuju kod djece i adolescenata su drugačiji nego kod odraslih ljudi (Vulić – Prtorić, 2007). Isto tako i pojava različitih simptoma kod različitih dobnih populacija nije ista. Neki simptomi s dobi opadaju dok se drugi povećavaju. Tako, npr. nisko samopoštovanje i tužni depresivni izgled se sa dobi smanjuju dok se, npr. simptomi poput oscilirajućeg raspoloženja, anhedonije i problema s psihomotorikom povećavaju s dobi (Vulić – Prtorić, 2007). Što se tiče socijalnog funkcioniranja osoba koje pate od depresivnosti tu valja istaknuti da takvi pojedinci imaju znatno lošije socijalne odnose od zdravih pojedinaca. Njihova socijalna mreža je općenito lošija i manja. Mnogi depresivni pojedinci izvještavaju o tome da se oni u socijalnim odnosima s drugima uglavnom osjećaju neugodno i negativno te da im zapravo takvi odnosi uopće nisu od nikakve pomoći (Gotlib, 1992). Ovakav obrazac socijalnih vještina i socijalnih odnosa je vrlo poguban za ovakve pojedince budući da oni ne mogu sami iznijeti teret različitih stresnih događaja i situacija koje im se događaju tako da je njima socijalna podrška od ključne važnosti.

1. 2. 4. Rizični i zaštitni faktori

Razumijevanje i razlikovanje patološkog od zdravog stanja zahtijeva poznavanje različitih faktora koji mogu ili uzrokovati patološko stanje ili očuvati zdravo odnosno normalno stanje. Kod depresivnog poremećaja, kao i kod svih drugih psihopatoloških stanja, možemo razlikovati rizične i zaštitne faktore. Kako bi se otkrilo koji su to faktori nužno je poznavati različite karakteristike okruženja u kojem dijete živi, karakteristike samog djeteta te njihovo međudjelovanje ili interakciju. Dakle, rizični faktori su svi oni faktori koji potiču i pridonose nastanku određenog psihopatološkog stanja dok zaštitni faktori preveniraju odnosno sprečavaju nastanak istoga i održavaju normalno stanje pojedinca (Vulić – Prtorić, 2007). Za nastanak i težinu psihopatološkog stanja je puno važniji broj faktora koji djeluje nego njihov intenzitet pa se tu govori o tzv. kumulativnom djelovanju faktora. Neki istraživači predlažu klasifikaciju faktora koji igraju značajnu ulogu u razvoju psihopatološkog stanja u četiri grupe pa tako imamo: predisponirajuće, precipitirajuće, održavajuće te zaštitne faktore (Carr, 1999). Predisponirajući faktori su jako rizični faktori koji zapravo formiraju podlogu za razvoj patološkog stanja u vidu stvaranja psihološke ranjivosti i osjetljivosti za poremećaj. Tu spadaju različiti faktori poput povijesti psiholoških problema u obitelji, problemi u privrženosti između majke i djeteta, nisko samopoštovanje pojedinca, težak temperament, genetska ranjivost, pre-, peri- i neonatalne komplikacije, lokus kontrole, atribucijski stil, samopoimanje, zreli obrambeni mehanizmi itd. Nadalje, precipitirajući faktori predstavljaju faktore koji potiču razvoj psihopatologije u vidu različitih stresnih i traumatskih situacija s kojima se osoba ne može adekvatno suočiti. Primjer toga može biti gubitak bliske osobe, zlostavljanje u obitelji ili od strane vršnjaka, krizne situacije u obitelji, tjelesne bolesti djeteta, školski neuspjeh itd. Zatim, postoje održavajući faktori koji zapravo pridonose održavanju novonastalog stanja uzrokovanog prethodno spomenutim faktorima i ukazuju na vremensko trajanje patološkog stanja. Primjer ovih faktora su: problemi sa spavanjem, depresivni atribucijski stil, zanemarivanje djeteta od strane roditelja, disfunkcionalne strategije suočavanje, nedostatak socijalne podrške itd. Nekoliko istraživanja je pokazalo da u rizične faktore spadaju i socioekonomska situacija, spol, obiteljska opterećenost, nepostojanje bliskog odnosa s nekim, životna dob te različiti stresni događaji (Hautzinger, 2002). I naposljetku, zaštitni faktori pomažu u održavanju zdravog stanja i pomažu u preveniranju nastanka potencijalnog patološkog stanja. Primjer ovakvih faktora su: adekvatne i učinkovite strategije suočavanja s problemima, vjera i duhovnost, sigurna privrženost između djeteta i

majke, razvijene socijalne vještine, razvijena kompetentnost i samoefikasnost, tjelesna aktivnost, optimistični atribucijski stil (Carr, 1999). Što se tiče strategija suočavanja, brojna istraživanja pokazuju da je suočavanje usmjereno na problem, tj. aktivno suočavanje, puno efikasnije i pozitivno povezano s opadanjem broja depresivnih simptoma te adekvatnom prilagodbom dok suočavanje usmjereno na emocije, tj. pasivno suočavanje, proizvodi suprotan efekt (Horwitz, Hill i King, 2010; Thompson i sur., 2010; Sun, Tao, Hao i Wan, 2010). Isto tako svi ovi navedeni primjeri se mogu svrstati u dvije kategorije, a to su *okolinska i osobna,* već ranije spomenute. Jedno vrlo zanimljivo gledište nudi Sameroff (2000.), koji smatra da rizični i zaštitni faktori nisu zasebne skupine faktora nego da se njih treba promatrati kao dva suprotna pola istoga kontinuuma što bi značilo da faktori na jednoj strani kontinuuma pridonose zdravlju pojedinca, a ti isti na drugoj strani rezultiraju patološkim stanjem. Zaključno, valja naglasiti da je kod depresivnosti, kao i kod socijalne anksioznosti, nužan kvalitetan odnos između djeteta i roditelja od rođenja jer upravo taj odnos može utjecati na razvoj brojnih zaštitnih, a reducirati značajan broj rizičnih faktora kod djeteta.

1. 2. 5. Kognitivne teorije etiologije depresivnosti

Etiologija depresivnosti je vrlo kompleksna budući da postoji mnogo teorija i modela koje nastoje objasniti uzroke ovog stanja. Ne postoji jedna općeprihvaćena teorija ili model koji bi u potpunosti obuhvatio sve moguće uzroke depresivne simptomatologije. Mogu se razlikovati nekoliko različitih skupina teorija: *bihevioralne, kognitivne, psihoanalitičke te biološke teorije* (Vulić – Prtorić, 2007).

Budući da je u ovom istraživanju naglasak na kognitivnim dimenzijama socijalne anksioznosti i depresivnosti, ovdje će biti pojašnjene detaljnije samo kognitivne teorije dok će ostale teorije biti samo spomenute.

Od bihevioralnih teorija koje tumače etiologiju depresivnosti, najvažnije su teorija samokontrole L. Rehm te Lewinsohnova teorija socijalnih vještina. Od psihoanalitičkih teorija najpoznatije su Bibringova teorija niskog samopoštovanja, Blattova teorija privrženosti i autonomije te Freudova teorija unutrašnje ljutnje. Nadalje, od bioloških teorija najznačajnije su neurofiziološke, genetičke te biokemijske teorije. I naposljetku, od kognitivnih teorija, daleko najpoznatije i najznačajnije su *teorija naučene bespomoćnosti i beznadnosti te Beckova kognitivna teorija* (Vulić – Prtorić, 2007).

Beckova kognitivna teorija jest, zasigurno, najznačajnija i najviše istraživana teorija koja se bavi problematikom etiologije depresivnosti. Temeljni koncept koji čini ovu teoriju su negativni kognitivni procesi koji se još nazivaju *negativne kognitivne sheme ili vjerovanja.* Te negativne kognitivne sheme utječu na način na koji pojedinac percipira sebe, ljude oko sebe te događaje koji se odvijaju u njegovoj okolini. Ono što je problematično jest to što ova negativna kognitivna vjerovanja rezultiraju tzv. kognitivnim distorzijama ili iskrivljavanjima, a posljedica toga je tzv. *kognitivna trijada*, tj. negativna percepcija sebe, svijeta u kojem se osoba nalazi te budućnosti (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; Rehm, 1989; prema Vulić – Prtorić, 2007). Postoje različiti razlozi zbog kojih dolazi do nastanka depresivnih kognitivnih shema, a neki od tih razloga su depresivni stavovi roditelja, gubitak bliske osobe, različiti traumatski događaji, izolacija od strane vršnjaka itd. Ovakve sheme uglavnom nastaju u djetinjstvu i adolescenciji. Implikacija nastanka tih shema je ta da će se one uvijek aktivirati u različitim novim i nepoznatim situacijama u kojima se osoba nađe i na taj način rezultirati različitim perceptivnim distorzijama tih situacija i događaja. Dodatan problem kod tih iskrivljenih i negativnih shema jest taj da one ne dozvoljavaju pojedincu da doživi nešto pozitivno odnosno da događaje, situacije pa čak i vlastite osobine, pozitivno percipira. Spomenute kognitivne distorzije ili iskrivljavanja predstavljaju neku vrstu logičkih pogrešaka u zaključivanju koje se javljaju kao posljedica interpretacija situacija i događaja na isključivo negativan način. Neke od najčešćih distorzija koje se javljaju kod osoba koje pate od depresivnosti su: personalizacija, selektivnost i generalizacija, arbitrarnost te polarizacija (Vulić – Prtorić, 2007). Personalizacija predstavlja viđenje situacije ili događaja na sebičan i vrlo subjektivan način. Osoba misli da se sve vrti oko nje. Nadalje, selektivnost i generalizacija se odnosi na izvođenje zaključaka pojedinca na osnovi neke informacije koja uopće ne mora biti toliko važna. Problem kod ove distorzije je taj što osoba tu informaciju interpretira na vrlo negativan način te je internalizira, tj. pripisuje je sebi kao da je ona odgovorna za nešto i potom to generalizira na negativan način na sve ostale životne situacije koje uglavnom nemaju nikakvu međusobnu povezanost. Kognitivna distorzija arbitrarnosti se odnosi na to da pojedinac donosi proizvoljne zaključke na temelju onih informacija koje su neprimjereno percipirane i interpretirane, a distorzija polarizacije predstavlja način zaključivanja u kojem pojedinac situaciju ili događaj interpretira u kategorijama sve ili ništa, dakle ne postoji između (Vulić – Prtorić, 2007). Također, kada se govori o kognitivnim aspektima depresivnosti tu valja spomenuti disfunkcionalne stavove te ruminaciju. *Disfunkcionalni stavovi* predstavljaju određena negativna ili

iskrivljena vjerovanja na temelju kojih pojedinac izvršava vlastitu samoevaluaciju (Kovacs i Beck, 1978). *Ruminacijski stil* je karakterističan za osobe koje pate od depresivnog poremećaja. Ranije je već kazano da se radi o stilu koji se odnosi na negativno razmišljanje pojedinca o uzrocima i posljedicama određenog događaja nakon što je on prošao (Nolen – Hoeksema, 2000). Neka istraživanja pokazuju da djevojke više koriste ovaj stil od mladića (Nolen – Hoeksema, 1998; prema Goodyer, 2001). Osim navedenih, postoje još brojni kognitivni deficiti koji su vezani uz depresivnost, a prije svega deficiti po pitanju pamćenja, pažnje i rješavanja problema. Mnoga istraživanja pokazuju da ovi pojedinci imaju značajnih problema u zadacima koji su vezani uz inhibiciju, planiranje, verbalnu fluentnost te promjenu seta koja predstavlja izvršnu funkciju premještanja pažnje sa jednog na drugi zadatak (Rogers i sur., 2004). Nadalje, osobe s ovim poremećajem imaju brojne deficite po pitanju autobiografskog pamćenja (Williams i Broadbent, 1986), epizodičkog dosjećanja (Cabeza, Locantore i Anderson, 2003) radnog pamćenja (Elliot i sur., 1996), eksplicitnog pamćenja, pamćenja negativnog materijala (Burt, Zembar i Niederehe, 1995) te probleme s upotrebom učinkovitih strategija kodiranja (Weingartner, Cohen, Murphy, Martello i Gerdt, 1981). Zatim, problemi sa pažnjom su i više nego očiti. Ovi pojedinci imaju smanjenu koncentraciju (Mialet, Pope i Yurgelun – Todd, 1996) te problem s inhibicijom eksternalnih distraktora (Lemelin, Baruch, Vincent, Everett i Vincent, 1997). Razlog svih navedenih problema s pažnjom i memorijom jest smanjeni kognitivni kapacitet kod ovih pojedinaca koji ih ograničava u provođenju viših kognitivnih procesa. Naime, budući da je kognitivni kapacitet za provođenje različitih kognitivnih procesa ograničen, upotrebljavanje viših kognitivnih procesa kod ovih pojedinaca je onemogućeno budući da se kognitivni kapacitet iskorištava za emocionalnu obradu koja nije relevantna (Ellis, Ashbrook, 1998; prema Lovretić i Mihaljević – Peleš, 2013). Isto tako, oni upotrebljavaju manje učinkovite i primjerene strategije rješavanja problema (Conway i Giannopoulus, 1993).

Od ostalih kognitivnih teorija valja još istaknuti *teoriju naučene bespomoćnosti te teoriju beznadnosti*. *Teorija naučene bespomoćnosti* ističe negativnu posljedicu traumatskih iskustava i događaja nad kojima osoba nije imala kontrolu, tj. na koje nije mogla nikako utjecati. Implikacija toga jest da osoba počinje smatrati kako ona zapravo neće imati kontrolu u nijednoj budućoj situaciji tako da se pasivno prepušta negativnim mislima i ishodima budućih situacija. Taj nedostatak kontrole rezultira tzv. *naučenom bespomoćnošću*. Na ovu teoriju se nadovezuje *atribucijska teorija bespomoćnosti* koja u prvi plan stavlja *atribucije*, tj. načine na koje osoba tumači određene događaje. Ona nastoji

protumačiti zašto se određeni događaj dogodio, tj. da li se dogodio zbog nje (internalan uzrok) ili zbog nekih vanjskih okolnosti (eksternalan uzrok). Nadalje, nastoji protumačiti da li se ta situacija dogodila samo sada (specifičan uzrok) ili bi se mogla često događati i u budućnosti (globalan uzrok) te koliko dugo bi situacija mogla trajati (stabilan nasuprot nestabilnom uzroku). Osobe koje pate od depresivnog poremećaja uglavnom pripisuju različite situacije i događaje internalnim, globalnim te stabilnim uzrocima, tj. oni imaju formiran tzv. *depresivni atribucijski stil* (Vulić – Prtorić, 2007). Neki autori stoga zaključuju da takvi pojedinci bilo kakav pozitivan ishod neke situacije pripisuju eksternalnim, specifičnim i nestabilnim uzrocima (Seligman, Abramson, Semmel i von Baeyer, 1979). Atribuiranje određenih događaja ili situacija stabilnim uzrocima rezultira održavanju nastalih poteškoća, atribuiranje istih tih događaja internalnim uzrocima rezultira s padom samopoštovanja dok atribuiranje tih događaja globalnim uzrocima rezultira generalizacijom nastalih poteškoća na sve slične događaje i situacije (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978). *Teorija beznadnosti* se temelji na tome da depresivne osobe smatraju da niti jedna životna situacija ili događaj ne može rezultirati pozitivnim ishodom. Mnogi istraživači tu ističu *tri tipa zaključivanja* koji dovode do beznadnosti, a to su *uzroci* određene situacije ili događaja koji su već ranije opisani. Nadalje, vrlo važne su *posljedice* određenog događaja ili situacije. Ako osoba smatra da je taj događaj vrlo važan za nju, da se više ništa ne može popraviti po tom pitanju te ako posljedice tog događaja ili situacije utječu na daljnji život, osoba postaje beznadna. Treći ključni tip zaključivanja se odnosi na *karakteristike percepcije vlastitog selfa.* Osoba postaje beznadna kada vjeruje da se ništa ne može napraviti po pitanju karakteristika koje ona posjeduje te da će njene osobine i dalje negativno utjecati na različita životna područja (Vulić – Prtorić, 2007). Većina istraživača se slaže da je depresivnost previše kompleksan konstrukt da bi se mogao objasniti samo uz pomoć jednog teorijskog pristupa te da se radi o interakciji različitih etioloških faktora.

U nastavku će biti pojašnjen konstrukt *automatskih misli* koji igra vrlo značajnu ulogu u nastanku, ali i u održavanju tijeka spomenutih poremećaja.

1. 3. Automatske misli

1. 3. 1. Definicija, uloga i terapija

Brojna istraživanja pokazuju da kognitivno – bihevioralni modeli igraju značajnu ulogu u nastanku različitih psihopatoloških stanja, a pogotovo u razvoju anksioznih

poremećaja (Beck i sur., 1985; prema Muris i sur., 2008). Ovi modeli ističu tzv. kognitivnu vulnerabilnost koja pretpostavlja da pojedinci koji su razvili anksiozne ili depresivne poremećaje posjeduju određene kognitivne predispozicije koje imaju ključnu ulogu u razvoju psihopatoloških stanja, u ovom slučaju, anksioznog i depresivnog stanja (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978; Beck, 1967; Dodge, 1986; Williams, Watts, MacLeod i Mathews, 1988; prema Hjemdal, Stiles i Wells, 2013). Ta kognitivna vulnerabilnost se očituje u negativnim mislima i vjerovanjima koji su u podlozi različitih vrsta psihopatologije (Beck i sur., 1979; prema Hjemdal i sur., 2013). Beck (1967, 1976; prema Calvete i sur., 2013) smatra da među različitim kognicijama postoji određena hijerarhija pa tako automatske misli spadaju među površinske kognitivne sheme, a postoje i dubinske kognitivne sheme. Te kognitivne sheme predstavljaju određene strukture u kojima pojedinac posjeduje određene pohranjene informacije koje imaju ključnu ulogu u njegovoj percepciji sebe i drugih, ali isto tako sadrže i njegova sjećanja, ciljeve i očekivanja. One upravljaju različitim kognitivnim procesima poput dosjećanja pohranjenih informacija, pažnje te konačno, putem navedenih procesa, rezultiraju automatskim mislima koje su povezane s dubinskim kognitivnim shemama (Pössel, 2011). Automatske misli uglavnom pridonose učvršćivanju onih kognitivnih shema koje su maladaptivne na način da osoba potpuno krivo procjenjuje situaciju u kojoj se nalazi u tolikoj mjeri da uporno naglašava i prihvaća samo one informacije koje potvrđuju maladaptivnu shemu, a ignorira bilo koju informaciju koja je kontradiktorna aktualnoj kognitivnoj shemi (Young, Klosko i Weishaar, 2003; prema Calvete i sur., 2013). Takve misli potiču još izraženiju negativnu percepciju odnosno samovrednovanje sebe. Naziv „automatske“ su dobile po tome što se odvijaju bez nekog kognitivnog napora, tj. proizlaze iz temeljnih uvjerenja koje osoba ima te se aktiviraju refleksivno i bez prethodnog procjenjivanja (Beck i sur., 1979; prema Dobson, 2008). To što automatske misli spadaju pod površinske sheme čini ih idealnima za početnu terapijsku intervenciju u okviru kognitivno – bihevioralne terapije. Sudjelovanje u kognitivno – bihevioralnoj terapiji dovodi do značajnog smanjenja negativnih automatskih misli (Muris i sur., 2008). Naime, kognitivno – bihevioralna terapija sadrži tehniku koja se naziva kognitivno restrukturiranje. Putem te tehnike dolazi da reduciranja i nestanka negativnih automatskih misli. Kognitivno restrukturiranje sadrži četiri koraka po pitanju negativnih automatskih misli, a to su: identifikacija automatskih misli, identifikacija kognitivnih distorzija koje su sadržane u automatskim mislima, rasprava o tim mislima putem Sokratovog dijaloga ili neke druge tehnike te opovrgavanje tih misli i formiranje pozitivnih (Hope, Burns, Hayes, Herbert i Warner, 2010).

1. 3. 2. Povezanost automatskih misli sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti

Kada se govori o povezanosti automatskih misli i socijalne anksioznosti tu valja istaknuti da maladaptivne sheme koje su kod ovog poremećaja razvijene rezultiraju anksioznim automatskim mislima koje se odnose na negativnu procjenu od strane drugih te strah od neuspjeha (Calvete i sur., 2013). Neki kognitivni teoretičari smatraju da svi poremećaji koji su na neki način vezani uz emocije su usko vezani i za distorzije u mišljenju koje se manifestiraju putem negativnih automatskih misli (Beck, 1976; Beck i sur., 1979; prema Hjemdal i sur., 2013). Kod anksioznih poremećaja je karakteristično to da kod takvih pojedinaca prevladaju sheme koje ukazuju na moguću fizičku, mentalnu ili emocionalnu opasnost te zbog toga oni procesiraju samo one informacije koje su usko vezane uz određeni strah ili opasnost, a to zapravo za posljedicu ima razvijanje određenih automatskih disfunkcionalnih misli koje samo održavaju osjećaje anksioznosti (Kendall, 1985). Različite studije izvještavaju o tome kako osobe s različitim oblicima anksioznosti pokazuju značajnu razinu negativnih automatskih misli, tj. negativnog načina razmišljanja. Sadržaj njihovih negativnih automatskih misli je prvenstveno usmjeren na strah, nesigurnost te prema budućnosti (Beck, Brown, Steer, Eidelson i Riskind, 1987). Istraživanja Ronana, Kendalla i Rowea (1994.) te Schneieringa i Rapeea (2002.) pokazuju da ona djeca koja pate od anksioznog poremećaja postižu značajno veće rezultate na mjerama negativnih automatskih misli od kontrolne grupe. Istraživanje Stope i Clarka (1993.) je na temelju samoizvještajnih mjera osoba koje pate od socijalne anksioznosti utvrdilo da takvi pojedinci posjeduju šest različitih kategorija automatskih misli, a to su: misli izbjegavanja, misli o strategijama suočavanja i ponašajnim planovima, misli o samoevaluaciji, misli o evaluaciji drugih, misli o evaluaciji osobe s kojom su u interakciji te druge misli. Kod njih ove automatske misli opstaju zahvaljujući pristranosti procesa pažnje koji zapravo ovakvim pojedincima selekcionira samo one informacije koje su vezane uz neku socijalnu prijetnju (Ledley i Heimberg, 2006.). Istraživanje ovih autora je pokazalo da socijalno – anksiozni pojedinci izvještavaju o zastupljenosti mnogo više negativnih samoevaluacijskih misli od kontrolne grupe te grupe koja pati od drugih anksioznih poremećaja. Što se tiče povezanosti automatskih misli s depresivnosti, Beck i sur. (1979: prema Lau i sur., 2012) i Clark, Beck i Alford (1999; prema Lau i sur., 2012) tvrde da negativne automatske misli nastaju kao posljedica depresivnih shema, tj. kao njihovi kognitivni produkti. Te misli, kod depresivnih pojedinaca, zapravo predstavljaju, ranije spomenutu, kognitivnu trijadu, tj. negativan pogled na ljude, svijet i budućnost.

Osim toga vezane su za teme beznadnosti po pitanju budućnosti, gubitka, odbijanja, nekompetentnosti te neuspjeha (Clark i Beck, 1989). Istraživanje Ingram (1989.) je pokazalo da osobe koje pate od disforije izvještavaju o više negativnih automatskih misli nego osobe koje pate od socijalne anksioznosti. Automatske misli predstavljaju određeni podsvjesni monolog u koji se osobe koje pate od depresivnosti uključuju (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; prema Garatt i Ingram, 2007).

Brojna istraživanja su pokazala koliko značajnu ulogu igraju emocije u različitim psihopatološkim stanjima, stoga će u daljnjem dijelu rada biti opisan jedan konstrukt koji igra značajnu ulogu u većini anksioznih i poremećaja raspoloženja – *emocionalna regulacija.*

1. 4. Emocionalna regulacija

1. 4. 1. Definicija i strategije emocionalne regulacije

Emocije prožimaju čitav život svake osobe. One upravljaju našim svakodnevnim ponašanjem, organiziraju naše akcije i misli te nam pomažu u svladavanju svakodnevnih zahtjeva i problema koji nam dolaze iz naše okoline (Kring i Werner, 2004). Emocije imaju vrlo važnu ulogu u motivaciji, učenju, procesima pamćenja te donošenju odluka, ali isto tako imaju značajnu ulogu u brojnim psihopatološkim stanjima depresivnih i anksioznih poremećaja (Davidson i Irwin 1999).

Pojam *emocionalne regulacije* obuhvaća nekoliko vrlo važnih postavki, a to su: razumijevanje i svjesnost o postajanju različitih emocija, prihvaćanje tih istih emocija, usmjeravanje vlastitih ponašanja, interpretacija negativnih emocija u skladu s postavljenim ciljevima te korištenje različitih adaptivnih strategija emocionalne regulacije u svrhu modificiranja različitih emocionalnih reakcija kako bi se ispunili različiti situacijski zahtjevi te željeni ciljevi (Cohen i Cohen, 1983; prema Gratz i Roemer, 2004). Mnogobrojna istraživanja pokazuju da je razdoblje od rođenja do završetka djetinjstva najvažniji period u razvoju emocionalne regulacije jer je to period u kojem socijalni i maturacijski aspekti razvoja rezultiraju razlikama u strategijama za regulaciju emocija (Thompson, 1990). Istraživanja naglašavaju kako su upravo problemi s regulacijom emocija tipični za više od 3/4 dijagnostičkih kriterija u DSM – u (Mehrabi, Mohammadkhani, Dolatshahi, Pourshahbaz i Mohammadi, 2014), a najviše istraživanja je provođeno u kontekstu poremećaja hranjenja, poremećaja raspoloženja, poremećaja ovisnosti te anksioznih poremećaja (Aldao, Nolen – Hoeksema i Schweizer, 2009).

Ljudi koriste različite *strategije emocionalne regulacije* kako bi regulirali vrstu ili intenzitet različitih emocionalnih iskustava s kojima se susreću (Diamond i Aspinwall, 2003). Brojna istraživanja pokazuju da je uspješna regulacija emocija pozitivno povezana sa učinkom na poslu i studiju, sa zdravstvenom dobrobiti te kvalitetnim socijalnim odnosima (Brackett i Salovey, 2004; prema Aldao i sur., 2009; John i Gross, 2004). S druge strane, neuspješna emocionalna regulacija kroz duži period može rezultirati različitim psihopatološkim stanjima uključujući depresivne te anksiozne poremećaje (Nolen – Hoeksema, Wisco i Lyubomirsky, 2008). Postoje različite strategije emocionalne regulacije od kojih su neke učinkovite, a neke proizvode suprotan efekt. Neke od strategija koje su učinkovite su *rješavanje problema, reprocjena te prihvaćanje* dok su neučinkovite strategije *izbjegavanja, ruminacije te potiskivanja ili supresije* (Aldao i sur.,, 2009). *Rješavanje problema* je strategija regulacije emocija koja se odnosi na pokušaje pojedinca, koji se odvijaju na svjesnoj razini, da modificira odnosno da utječe na različite stresore iz okoline ili na njihove reperkusije. Nadalje, *reprocjena* podrazumijeva ponovno sagledavanje stresne situacije, ali ovoga puta na način da osoba sebi posvješćuje i priziva sebi u svijest pozitivne interpretacije, kako bi umanjila štetne efekte stresa (Gross, 1998). *Prihvaćanje* predstavlja strategiju emocionalne regulacije pomoću koje pojedinac prihvaća onakvima kakve jesu sve svoje doživljaje, misli i osjećaje bez nekog prethodnog promišljanja i procjenjivanja (Shapiro i Schwartz, 1999). S druge strane, strategija *izbjegavanja* je suprotnost strategiji prihvaćanja. Dakle, radi se o izbjegavanju odnosno zanemarivanju vlastitih misli, doživljaja i osjećaja koji se aktiviraju prilikom različitih stresnih situacija što rezultira pogubnim posljedicama. *Ruminacija* kao strategija regulacije emocije je već ranije objašnjena u sklopu ruminacijskog stila no ovdje bi bilo još važno spomenuti da je ona negativno povezana sa rješavanjem problema (Hong, 2007) iako osobe misle da će ruminirajući pokušati razumjeti uzroke i posljedice određenih stresnih situacija te na taj način riješiti nastale probleme (Papageorigiou i Wells, 2003). I naposljetku, *potiskivanje ili supresija* misli, emocija i doživljaja vezanih uz stresne situacije rezultira još većom emocionalnom pobuđenošću te povećanom osjetljivosti za razvoj različitih psihopatoloških stanja (Wenzlaff i Wegner, 2000).

1. 4. 2. Grossov model emocionalne regulacije

Jedan od najpoznatijih modela emocionalne regulacije je zasigurno Grossov (Gross i John, 2003) *procesni model emocionalne regulacije.* Ovaj model je utemeljen na

pretpostavci da se na temelju različitih emocionalnih odgovora ljudi u različitim situacijama mogu razlikovati različite specifične strategije emocionalne regulacije. Naime, emocija se počne pojavljivati kada pojedinac percipira određene emocionalne tragove. Nakon što ih osoba percipira, oni uzrokuju određeni lanac reakcija u tijelu koji pokreće fiziološke, iskustvene i ponašajne sustave. Kada su oni aktivirani, tada se pojavljuju strategije emocionalne regulacije koje mogu modificirati nastale emocije (Gross i John, 2003). Ovaj model razlikuje *strategije regulacije usmjerene na antecedente te strategije regulacije usmjerene na modulaciju odgovora. Strategije regulacije emocija usmjerene na antecedente* predstavlja različite postupke koje osoba čini prije nego se njene emocionalne reakcije u potpunosti aktiviraju i rezultiraju promjenama u ponašajnim, iskustvenim te fiziološkim reakcijama. S druge strane, *strategije regulacije emocija usmjerene na modulaciju odgovora* se pojavljuju nakon što je već emocija u potpunosti doživljena i nakon što je došlo do promjena u navedenim reakcijama, tj. sustavima (Gross i John, 2003). Nadalje, ovaj model sadrži i još specifičnije procese ili strategije koji se nalaze u osnovi ovih dviju temeljnih kategorija strategija, a to su: *selekcija situacije, modifikacija situacije, usmjeravanje pažnje, kognitivna promjena te modulacija reakcije spomenutih sustava.* Prve četiri spomenute spadaju pod kategoriju strategija usmjerenih na antecedente dok modulacija reakcije sustava spada pod strategije usmjerenih na modulaciju odgovora (Gross i John, 2003). *Selekcija situacije* podrazumijeva regulaciju emocija na način da osoba ima sklonost izbjegavanja ili prilaženja određenim aktivnostima, ljudima i mjestima. Nadalje, *modifikacija situacije* se odvija nakon što je situacija odabrana, a predstavlja način prilagođavanja situacije na način da se modificira njen emocionalni učinak. Zatim, strategija *usmjeravanja pažnje* podrazumijeva fokusiranje na jedan od mnogih aspekata situacije budući da za kvalitetnu kognitivnu promjenu pažnja mora biti usmjerena samo na jedan aspekt situacije. *Kognitivna promjena* se odnosi na promjenu značenja tog odabranog aspekta situacije na način koji je pozitivan za pojedinca te predstavlja konstrukt tzv. *kognitivne reprocjene* dok se *modulacija odgovora* odnosi na pokušaje osobe da utječe na emocionalne reakcije nakon što su one već nastale (Gross, 2001). Jedan od oblika modulacije odgovora je i tzv. *ekspresivna supresija*. *Kognitivna reprocjena* je jedan oblik kognitivne promjene koji se zapravo odnosi na promjenu situacije koja bi mogla izazvati određene emocije na način da se promijeni njen emocionalni učinak (Gross i John, 2003), dok *ekspresivna supresija* predstavlja oblik potiskivanja odnosno inhibiranja ekspresivnog ponašanja izazvanog određenom emocijom (Gross i John, 2003). Kognitivna reprocjena spada pod strategije usmjerene na antecedente emocija dok ekspresivna supresija spada

pod strategije usmjerene na moduliranje odgovora. Budući da se kognitivna reprocjena odvija ranije u cijelom procesu nastanka emocije i reakcije na istu, vrlo je vjerojatno za očekivati da ova strategija regulacije emocija može promijeniti čitav emocionalni slijed koji uzrokuje reakcije. S druge strane, ekspresivna supresija se odvija kasnije te zbog toga osoba ne može potisnuti negativnu emociju nego samo može utjecati na ponašajnu reakciju uzrokovanu nastalom emocijom (Gross i John, 2003). Posljedice korištenja jedne ili druge strategije reguliranja emocija su mnogobrojne. Korištenje kognitivne reprocjene povezano je sa mnogim pozitivnim učincima: umanjuje doživljaj negativnih te povećava doživljaj pozitivnih emocija (Gross i John, 2003), veće životno zadovoljstvo, manje depresivnih simptoma, veće samopouzdanje, optimizam (Gross i John, 2003) itd. S druge strane, korištenje ekspresivne supresije povezano je s brojnim negativnim učincima: smanjuje doživljaj pozitivnih emocija, slabija socijalna podrška (Gross i John, 2003), neadekvatne strategije suočavanja (Carver, Scheier i Weintraub, 1989), manjak optimizma, oštećeno pamćenje socijalnih informacija, manje zadovoljstvo životom, više depresivnih simptoma (Gross i John, 2003.), itd. Neka istraživanja izvještavaju o opadanju korištenja ekspresivne supresije kao strategije regulacije emocije te porast korištenja kognitivne reprocjene s dobi (Gross i sur., 1997). Razlog nepostojanja statistički značajne razlike po spolu može biti zbog tzv. rodnih uloga. Naime, od malih nogu se djevojčice potiče da više izražavaju svoje emocije poput straha i tuge dok se dječake uči da takve emocije potiskuju i da se aktivno suoče s njima što za posljedicu ima to da muškarci u odrasloj dobi efikasnije rješavaju probleme s kojima se suočavaju (Kuebli, Butler i Fivush, 1995)

1. 4. 3. Povezanost emocionalne regulacije sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti

Istraživanja pokazuju da osobe koje pate od depresivnosti imaju poteškoća sa regulacijom negativnih emocija nakon što su se one već aktivirale (Tomarken i Keener, 1998; prema Kring i Werner, 2004). Ono što istraživači pretpostavljaju jest da depresivni pojedinci imaju problema s nekim od specifičnijih strategija regulacije emocija kao što su kognitivna promjena, odabir situacije te usmjeravanje pažnje, dakle, sve one strategije koje predstavljaju antecedente emocija (Kring i Werner, 2004). Osobe koje pate od depresivnosti izvještavaju o različitim poteškoćama identifikacije negativnih emocija, podržavanja i ohrabrivanja sebe prilikom doživljavanja istih, prihvaćanja i tolerancije tih emocija te njihovog pozitivnog mijenjanja u skladu sa zahtjevima situacije (Berking i

Wupperman, 2012). Također, neki istraživači pretpostavljaju da su identične strategije problematične i kod anksioznih poremećaja. Osobe koje imaju internalizirane poremećaje, u koje spadaju depresivnost i socijalna anksioznost, pokazuju u većoj mjeri, neadekvatne strategije regulacije emocije i, općenito, više negativnih emocija. Takvi poremećaji imaju za posljedicu korištenje lošijih, neefikasnih strategija regulacije koje rezultiraju povučenošću, anksioznošću, zabrinutošću te depresivnim raspoloženjima (Macuka, Smojver – Ažić, Burić, 2012). Što se tiče socijalne anksioznosti, nju također karakteriziraju, osim drugih simptoma, maladaptivne strategije emocionalne regulacije (Gross, 2013). Kod ovih pojedinaca poteškoća nastaje u tome što oni ne mogu smanjiti pojavu negativnih emocija budući da koriste pogrešne strategije regulacije emocija, tj, ne koriste kognitivnu reprocjenu koja je nužna kako bi se reducirale negativne emocije (Gross, 2013). Također, neka istraživanja koja su koristila Upitnik kognitivne emocionalne regulacije, koji će biti korišten u ovom istraživanju, (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001) su utvrdila da su strategije poput katastrofiziranja, samookrivljavanja te ruminacije povezani s anksioznošću i depresivnošću.

1. 5. Socijalna anksioznost i depresivnost

Brojne studije su se bavile povezanošću ili komorbidnošću socijalne anksioznosti i depresivnosti tako da će ovdje biti navedeni nalazi nekih studija i potencijalna objašnjenja njihove povezanosti. Jedna studija je pokazala da osobe koje pate od socijalne anksioznosti imaju do 3,5 puta veći rizik od obolijevanja od depresivnosti (Stein i sur., 2001). Istraživanje Beesdoa i sur. (2007) je pokazalo da je čak u 59% slučajeva socijalna anksioznost prethodila depresivnosti. Oni su zaključili da osobe koje pate od jako izražene socijalne anksioznosti u smislu dugotrajnih i snažnijih simptoma, više socijalnih strahova te općenito više oštećenja u normalnom funkcioniranju, imaju jako veliki rizik od depresivnosti. Nadalje, postoje neki faktori koji uvelike doprinose razvoju depresivnosti kod oboljelih od socijalne anksioznosti, a to su: inhibicija ponašanja u djetinjstvu (Hranov, 2007), povijest anksioznog poremećaja (Kaufman i Charney, 2000), ženski spol (Kessler i sur., 1996), te tri ili više anksioznih poremećaja, a posebno napadaji panike (Gladstone i Parker, 2006). Neke studije su dale potencijalna objašnjenja visoke komorbidnosti između depresivnosti i socijalne anksioznosti. Prvo objašnjenje ističe da različite posljedice do kojih dovodi socijalna anksioznost kao što su nisko samopouzdanje, socijalna izolacija, demoralizacija itd., osim što djeluju na početak depresivnog poremećaja isto tako djeluju i

na njegov tijek i njegovu ozbiljnost (Kessler, Stang, Wittchen, Stein i Walters, 1999). Drugo objašnjenje se sastoji u tome da ova dva poremećaja imaju neke zajedničke simptome, a time i moguću sličnu etiologiju. Različiti simptomi poput niskog pozitvnog afekta (MacLeod i Byrne, 1996), samokritičnosti (Cox i sur., 2000), visokog negativnog afekta (Clark i Watson, 1991) te visoke razine inhibicije ponašanja (Neal, Edelmann i Glachan, 2002) su simptomi koji se pojavljuju kod oba poremećaja.

Budući da brojni nalazi pokazuju povezanost između socijalne anksioznosti i depresivnosti, te povezanost svakog od ovih poremećaja sa različitim emocionalnim i kognitivnim dimenzijama, cilj ovoga istraživanja je utvrditi odnose automatskih misli i emocionalne regulacije međusobno, njihove odnose sa socijalnom anksioznosti i depresivnosti te njihov doprinos u objašnjenju izraženosti simptoma oba poremećaja.

2. CILJ: Ispitati odnos između socijalne anksioznosti i depresivnosti, tj. njihovih kognitivnih (automatske misli) i emocionalnih dimenzija (emocionalna regulacija).

3. PROBLEMI I HIPOTEZE

1. Ispitati razlike po spolu u svim ispitivanim varijablama: socijalnoj anksioznosti, depresivnosti, automatskim mislima i emocionalnoj regulaciji.

2. Ispitati povezanost među svim ispitivanim varijablama: socijalnoj anksioznosti, depresivnosti, automatskim mislima i emocionalnoj regulaciji.

3. Utvrditi doprinos:
   a) depresivnosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma socijalne anksioznosti

   b) socijalne anksioznosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti

Hipoteza 1) Na temelju postojećih nalaza iz brojnih istraživanja, za pretpostaviti je da će se žene pokazati socijalno anksioznijima u odnosu na muškarce (Wittchen i Fehm, 2003). Nadalje, za očekivati je isto tako da će žene biti nešto depresivnije (Birmehamer i sur., 1996a; Birmehamer i sur., 1996b). Također, što se tiče automatskih misli, budući da se radi o površinskim kognitivnim procesima koji su isti i kod muškaraca i žena te na temelju rezultata nekih istraživanja (Hollon i Kendall, 1980) za očekivati je da neće biti razlike s obzirom na spol. I naposljetku, budući da su žene, općenito, emocionalno labilnije od

muškaraca, te uz to reguliraju svoje emocije drugačijim strategijama od muškaraca, za očekivati je da će žene više koristiti negativne strategije emocionalne regulacije od muškaraca (Nolen – Hoeksema, 1991).

Hipoteza 2) Budući da mnogobrojna istraživanja izvještavaju o komorbiditetu između ova dva poremećaja, za očekivati je postojanje pozitivne povezanosti između socijalne anksioznosti i depresivnosti (Horn i Wuyek, 2010). Na temelju prethodnih istraživanja, za pretpostaviti je postojanje pozitivne povezanosti između socijalne anksioznosti i automatskih misli (Beck, Brown, Steer, Eidelson i Riskind, 1987) te pozitivne povezanosti između socijalne anksioznosti i negativnih strategija regulacije emocija te pozitivne strategije preusmjeravanja na planiranje (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001). Sukladno već postojećim nalazima istraživanja, za pretpostaviti je postojanje pozitivne povezanosti između depresivnosti i automatskih misli (Beck i sur., 1979: prema Lau i sur., 2012), pozitivne povezanosti između depresivnosti i negativnih strategija regulacije emocija (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001). Budući da automatske misli predstavljaju negativne kognitivne sheme za očekivati je da su one pozitivno povezane sa negativnim strategijama regulacije emocija.

Hipoteza 3) Budući da veći broj istraživanja potvrđuje znatan utjecaj automatskih misli, ruminacije i preusmjeravana na planiranje u okviru socijalne anksioznosti za očekivati je da će viši rezultati na tim upitnicima i subskalama predviđati veću izraženost simptoma socijalne anksioznosti. S druge strane, za očekivati je da depresivnost neće značajno predviđati simptomatologiju socijalne anksioznosti budući da istraživanja pokazuju da ona gotovo nikada ne prethodi socijalnoj anksioznosti. Isto tako se očekuje da subskale samookrivljavanja i katastrofiziranja, iako značajno povezane sa socijalnom anksioznošću, neće predviđati veću izraženost simptoma socijalne anksioznosti budući da je povezanost tih konstrukata sa socijalnom anksioznosti pronađena u malom broju istraživanja. Nadalje, za očekivati je da će socijalna anksioznost predviđati veću izraženosti simptoma depresivnosti budući da istraživanja pokazuju da socijalna anksioznost gotovo uvijek prethodi depresivnosti. Isto tako, za očekivati je da će viši rezultati na upitniku automatskih misli predviđati veću izraženost simptoma depresivnosti budući da depresivnost, kao i socijalna anksioznost, spada u internalizirane poremećaje kojima je jedna od temeljnih značajki upotreba automatskih misli. Što se tiče kognitivnih strategija regulacije emocija, za očekivati je da će negativne strategije samookrivljavanja i ruminacije predviđati veću izraženost simptoma depresivnosti, dok se za strategije

katastrofiziranja i preusmjeravanja na planiranje ne očekuje da će predviđati veću izraženost simptoma depresivnosti budući da se radi o strategijama koji su ili rijetko utvrđene u istraživanjima (katastrofiziranje) ili uopće nisu povezane sa depresivnosti (preusmjeravanje na planiranje).

4. METODA

4. 1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 176 studenata i studentica Sveučilišta u Zadru i Zagrebu. Uzorak čini 50 studenata (28,9%) i 123 (71,1%) studentice u dobi između 18 i 27 godina (*M*=21,49 uz *SD*=2,39). Prosječna dob muških ispitanika je bila *M*=21,82 uz *SD*=2,27, a ženskih *M*=21,49 uz *SD*=2,40 pri čemu nema značajnih razlika u dobi (*t*(171)=-1.15: *p*>.05).

4. 2. Mjerni instrumenti

Upitnik socijalne anksioznosti – Upitnik od 37 čestica je preuzet iz istraživanja autorice Bijelić (2016). Navedenim tvrdnjama se ispituju 4 aspekta socijalne anksioznosti: bezuvjetna temeljna uvjerenja (čestice od 1 do 11; npr.*"Ne zaslužujem naklonost drugih."*), uvjetovana temeljna uvjerenja (čestice od 12 do 17; npr. *"Ako nešto pogriješim, drugi me neće prihvatiti."*), perfekcionizam (čestice od 18 do 24; npr. *"Moram djelovati inteligentno i zanimljivo."*) i sigurnosna ponašanja (čestice od 25 do 37; npr. *"Izbjegavam kontakt očima."*). Zadatak ispitanika jest iskazati svoj stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom na skali procjena od 4 stupnja (0 - nimalo karakteristično ili istinito za mene; 4 - u potpunosti karakteristično ili istinito za mene). Ukupan rezultat formira se kao jednostavna linearna kombinacija rezultata pojedinih čestica na skali anksioznosti. Pritom, veći ukupni rezultat upućuje na izraženiju anksioznost. U ovom istraživanju su provjerene psihometrijske karakteristike i faktorska struktura upitnika. Postupak provjere i dobiveni pokazatelji opisani su u poglavlju Rezultati.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (The Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995) (Jokić – Begić, Jakšić, Ivezić i Suranyi, 2012) je mjera samoprocjene kojom se ispituje učestalost i izraženost negativnih emocionalnih stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa u razdoblju od proteklih sedam dana, kod psihijatrijskih pacijenata i u zdravoj populaciji. Skala depresivnosti opisuje nedostatak motivacije i samopouzdanja te vrlo nizak pozitivan afekt (npr. *"Osjetio/la sam kao da život nema*

smisla."). U skali anksioznosti prevladava strah i pobuđenost autonomnoog živčanog sustava (npr. *"Sušila su mi se usta."*) dok u skali stresa frustracija, iritabilnost, uzrujanost te napetost (npr. *"Bilo mi je teško opustiti se."*) (Brown, Chorpita, Korotitsch i Barlow, 1997). Postoje dvije verzije ove skale, verzija od 42 čestica i od 21 čestice (Henry i Crawford, 2005). U ovom istraživanju je bila korištena, iz verzije od 21 čestice, samo skala depresivnosti, od 7 čestica. Ta skala sadrži čestice koje procjenjuju samoobezvrjeđivanje, obezvrjeđivanje života, inertnost, disforično raspoloženje, anhedoniju, očaj te nedostatak zanimanja ili uključenosti. Zadatak ispitanika je da procijeni na skali od 4 stupnja (0 – gotovo nikada, 4 – gotovo uvijek) koliko su određeni simptomi prisutni u proteklih tjedan dana. Istraživanje Henrya i Crawforda (2005) je pokazalo pouzdanost unutarnje konzistencije za subskalu stresa od .90, za subskalu anksioznosti .82, za skalu depresivnosti .88 te za čitavu skalu od .93. U istraživanju Jokić – Begić i sur. (2012.) dobiveni su sljedeći koeficijenti pouzdanosti: .92 za subskalu depresivnosti, .89 za subskalu anksioznosti te .93 za subskalu stresa. Nadalje, Soldo (2016.) je u svom istraživanju dobila pouzdanost od .95 za subskalu depresivnosti, .89 za subskalu anksioznosti te .87 za subskalu stresa. Što se tiče našeg istraživanja, na ovom uzorku dobiven je nešto viši Cronbach alfa koeficijent unutarnje konzistencije od .92 za skalu depresivnosti. Kada se govori o faktorskoj strukturi instrumenta onda valja istaknuti da je većina istraživanja, koristeći konfirmatornu i eksploratornu faktorsku analizu, repliciralo konzistentno strukturu od tri glavna faktora na nekliničkim uzorcima (Lovibond i Lovibond, 1995).

Upitnik automatskih misli (Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ, Hollon i Kendall, 1980) – u ovom istraživanju je korištena adaptirana verzija autorica Proroković i Zelić (2002; prema Proroković i Vulić – Prtorić, 2004). Upitnikom se mjeri učestalost javljanja automatskih negativnih misli, a dosadašnja primjena na različitim kliničkim i nekliničkim skupinama odraslih ispitanika pokazala je zadovoljavajuće metrijske karakteristike. Upitnik automatskih misli sastoji se od 30 tvrdnji koje opisuju negativne automatske misli, a ispitanici procjenjuju frekvenciju navedenih misli tijekom prošlog tjedna (npr. *"Volio/la bih jednostavno nestati."*). Procjena se vrši na skali od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava *Nikad*, a 5 *Uvijek*. Ukupan rezultat računa se kao zbroj procjena na svim česticama. Neka istraživanja pokazuju vrlo visoku pouzdanost ovog upitnika tipa unutarnje konzistencije od .96 (Hollon i Kendall, 1980) te od .87 do .91 (Harrel i Ryon, 1983) za neklinički uzorak. U ovom

istraživanju je dobiven Cronbach alfa koeficijent unutarnje konzistencije .98 što ukazuje na vrlo visoku pouzdanost.

Upitnik kognitivne emocionalne regulacije (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ, Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001) – u ovom istraživanju je korištena adaptirana verzija upitnika autorice Soldo (2016.). To je multidimenzionalni upitnik kojim se ispituju kognitivne strategije koje osoba koristi nakon što se suoči s nekim negativnim događajem ili situacijom. On služi kao samoizvještajna mjera kojom se ispituje o čemu ljudi razmišljaju nakon iskustva prijetećeg ili stresnog životnog događaja. Sastoji se od 36 čestica koje se raspoređuju na 9 konceptualno različitih subskala, i to po 4 čestice za svaku subskalu. Subskale su: *samookrivljavanje* (npr. *"Osjećam da sam ja taj koga treba kriviti."*), *prihvaćanje* (npr. *"Mislim da moram naučiti živjeti s tim."*), *ruminacija* (npr. *"Želim razumjeti zašto se tako osjećam u vezi situacije."*), *pozitivno refokusiranje* (npr. *"Mislim o ugodnim iskustvima."*), *preusmjeravanje na planiranje* (npr. *"Planiram što bi bilo najbolje učiniti."*), *pozitivna reprocjena* (npr. *"Mislim da mogu nešto naučiti iz te situacije."*), *stavljanje u perspektivu* (npr. *"Mislim da je moglo biti i gore."*), *katastrofiziranje* (npr. *"Često mislim kako je to najgore što se osobi može dogoditi."*) i *okrivljavanje drugih* (npr. *"Osjećam da je u osnovi uzrok u drugima."*). Namijenjen je za osobe starije od 12 godina jer se smatra da osobe te dobi imaju razvijene kognitivne sposobnosti za razumijevanje značenja tvrdnji. Ispitanici na skali od 5 stupnjeva (1 – nikada, 2 – vrlo rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek) označavaju koliko često, nakon neugodnog iskustva, koriste svaki od opisanih načina razmišljanja. Rezultat se izračunava zbrajanjem odgovarajućih čestica za svaku od kognitivnih strategija (u rasponu od 4 do 20), pri čemu visoki rezultat označava čestu upotrebu određene strategije, dok niski rezultat znači rijetko korištenje strategije. Upitnik se može koristiti za mjerenje općeg stila suočavanja kao i za mjerenje odgovora na specifični događaj (Garnefski i sur., 2001), ovisno o istraživačkim problemima. U ovom istraživanju su korištene samo četiri subskale iz cjelokupnog upitnika i to samo one za koje su prethodna istraživanja utvrdila da su pozitivno povezana s anksioznosti i depresivnosti: 3 negativne strategije regulacije emocija (samookrivljavanje, ruminacija i katastrofiziranje) te jedna pozitivna strategija, a to je preusmjeravanje na planiranje budući da bi ono moglo biti povezano sa sigurnosnim ponašanjima koja su karakteristična za socijalnu anksioznost. Što se tiče psihometrijskih karakteristika, neka istraživanja su pokazala da spomenute subskale imaju zadovoljavajuće i dobre vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta pouzdanosti: samookrivljavanje (.69),

ruminacija (.71), preusmjeravanje na planiranje (.79) te katastrofiziranje (.74) (Abdi, Taban i Ghaemian, 2012). Nadalje, Garnefski, Kraaij i Spinhoven (2002.) ističu kako se koeficijenti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije kreću između .70 i .80. Soldo (2016.) je u svom istraživanju dobila sljedeće koeficijente pouzdanosti: .76 samookrivljavanje, .73 prihvaćanje, .78 ruminacija, .89 pozitivno refokusiranje, .79 planiranje, .82 pozitivna reprocjena, .77 stavljanje u perspektivu, .78 katastrofiziranje te .76 okrivljavanje drugih. Na našem uzorku su dobiveni više – manje slični Cronbach alfa koeficijenti unutarnje konzistencije za subskale koje su u ovom istraživanju ispitivane: .75 za subskalu samookrivljavanja, .74 za subskalu ruminacije, .83 za subskalu preusmjeravanja na planiranje te .83 za subskalu katastrofiziranja.

Deskriptivni parametri svih skala i upitnika su vidljivi u Tablici 1.

Tablica 1

Deskriptivni pokazatelji primijenjenih mjernih instrumenata (N=173)

Naziv skale	Broj čestica	Raspon	*M*	*Sd*	r_{it}	*Cronbach* α
Upitnik socijalne anksioznosti (SA)	37	37-148	93.86	17.46	.35	.95
Skala depresivnosti (DEP)	7	0-21	6.65	5.37	.63	.92
Upitnik automatskih misli (ATM)	30	30-150	68.01	26.90	.59	.98
Samookrivljavanje (SOK)	4	4-20	12.55	2.92	.43	.75
Ruminacija (RUM)	4	4-20	14.01	2.94	.42	.74
Preusmjeravanje na planiranje (PNP)	4	4-20	15.28	2.77	.56	.83
Katastrofiziranje (KAT)	4	4-20	10.61	3.57	.57	.83

Legenda: *M* – aritmetička sredina, *Sd* – standardna devijacija, r_{it}- prosječna korelacija među česticama, *Cronbach* α – koeficijent pouzdanosti unutarnje konzistencije.

4. 3. Postupak

Podaci su prikupljeni tijekom prosinca 2017. uz pomoć online formiranog upitnika koji je ispitanicima proslјeđen putem društvene mreže Facebook. Ispitanicima je u uputi objašnjena svrha istraživanja te je naglašeno kako je ispunjavanje upitnika u potpunosti anonimno te su zamoljeni da na pitanja odgovaraju spontano i iskreno. Trajanje ispunjavanja upitnika je u prosjeku bilo 10 minuta.

5. REZULTATI

Prije analize rezultata kojom će se odgovoriti na zadane probleme, provjerene su psihometrijske karakteristike upitnika socijalne anksioznosti, budući da do sada nisu utvrđene u istraživanjima na hrvatskim uzorcima. U prvom koraku provedena je faktorska analiza korištenjem metode zajedničkih faktora.

Nakon provedene analize utvrđeno je postojanje jednofaktorske strukture upitnika socijalne anksioznosti. To se može zaključiti iz prikazanih rezultata faktorskih zasićenja koja su sva veća od poželjnih .30 i značajna (Tablica 1 u Prilogu). Niti jedna čestica nema zasićenje manje od .40. Nadalje, vrijednost koeficijenta multiple determinacije koji se izračunava uz pomoć komunaliteta iznosi .36 što znači da ovaj faktor objašnjava 36% ukupne varijance. Komunalitet predstavlja proporciju objašnjene varijance zajedničkim faktorima. Što su komunaliteti veći, veći dio manifestne varijable, u ovom slučaju socijalne anksioznosti, je objašnjen pomoću dobivene jednofaktorske strukture. Interkorelacije između čestica upitnika i ukupnog rezultata na upitniku nisu niti previsoke niti preniske (Tablica 1 u Prilogu). Previsoke korelacije bi značile da neke čestice nemaju smisla dok bi preniske korelacije između određenih čestica u ukupnog rezultata na upitniku značile da te čestice ne zahvaćaju zadani konstrukt onako kako se očekuje. Naposljetku, vrijednost karakterističnog korijena iznosi 13.21. Karakteristični korijen služi za određivanje značajnosti faktora u objašnjenoj varijanci, a dobije se tako da se pojedine kvadrirane korelacije između pojedinih manifestnih varijabli i faktora zbroje. Guttman – Kaiserov kriterij ističe da se trebaju zadržati samo oni faktori čije su vrijednosti karakterističnog korijena veće od 1 tako da je rezultat 13.21 iznimno visoka vrijednost koja implicira vrlo visoku značajnost dobivenog faktora u objašnjenju ukupne varijance. Ovome u prilog ide i

veličina koeficijenta unutarnje konzistencije od .95 koja govori o vrlo visokoj pouzdanosti upitnika socijalne anksioznosti (Tablica 1).

Drugi dio obrade podataka se odnosio na testiranje normaliteta distribucije svih varijabli Kolmogorov – Smirnovljevim testom.

Tablica 2

Prikaz rezultata testiranja normaliteta distribucije primijenjenih mjernih instrumenata Kolmogorov – Smirnovljevim testom (N=173)

Naziv skale	Broj čestica	*d*	*Indeks asimetričnosti*	*Indeks spljoštenosti*	*p*
SA	37	0.08	0.06	-0.68	>.05
DEP	7	0.12	0.79	-0.22	<.05*
ATM	30	0.14	0.97	0.40	<.05*
SOK	4	0.09	-0.18	0.00	>.05
RUM	4	0.11	-0.27	-0.26	<.05*
PNP	4	0.12	-0.31	0.06	<.05*
KAT	4	0.08	0.29	-0.20	>.05

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti, *DEP* – skala depresivnoste, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacije, *PNP* – subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, *d – Kolmogorov – Smirnovljev test*, **p*<.05

Nakon provedene statističke obrade rezultata, tj. provjere normaliteta distribucije Kolmogorov – Smirnovljevim testom, utvrđeno je da rezultati dobiveni na skali depresivnosti, upitniku automatskih misli, te subskalama ruminacije i preusmjeravanja na planiranje značajno odstupaju od normalne distribucije pri čemu rezultati dobiveni na skali depresivnosti i upitniku automatskih misli imaju tendenciju grupiranja oko nižih vrijednosti (pozitivno asimetrična distribucija) dok rezultati dobiveni na subskalama ruminacije i preusmjeravanja na planiranje imaju tendenciju grupiranja oko viših vrijednosti (negativno asimetrična distribucija) (Tablica 2). Ostali upitnici i subskale ne odstupaju značajno od normalne distribucije (Tablica 2). Međutim, brojni istraživači ovaj test smatraju prestrogim u smislu da se i vrlo mala odstupanja interpretira kao statistički značajna (Fillion, 2015). Stoga se može pretpostaviti da ovako dobiveni rezultati neće utjecati na daljnju statističku obradu, tj. na upotrebu paramaterijskih postupaka budući da

takve metode daju iskrivljene i neprihvatljive rezultate jedino u slučaju kada su osnovni parametrijski uvjeti ozbiljno narušeni (Erceg Jugović i Korajlija, 2012). No, za svaki slučaj su provjereni i indeksi asimetričnosti i spljoštenosti. S obzirom na minimalne kriterije vrijednosti ovih indeksa koji su potrebni da bi se distribucija neke varijable mogla proglasiti normalnom (indeks asimetričnosti < 3 i indeks spljoštenosti < 8-10, prema Kline, 2011) može se reći da su sve varijable u ovom istraživanju normalno distribuirane te je stoga dopušteno korištenje parametrijskih postupaka (Tablica 2).

Nakon ovih početnih provjera podataka, pristupilo se statističkoj analizi vezano uz postavljene probleme i hipoteze.

Prvi problem ovog istraživanja bio je ispitati razlike po spolu u socijalnoj anksioznosti, depresivnosti, automatskim mislima te emocionalnoj regulaciji. Da bi se odgovorilo na postavljeni problem korištena je jednosmjerna analiza varijance za nezavisne uzorke. Rezultati provedenih testova su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3

Prikaz rezultata jednosmjerne analize varijance za nezavisne uzorke na upitniku socijalne anksioznosti, skali depresivnosti, upitniku automatskih misli te upitniku kognitivne emocionalne regulacije (N=173)

Naziv skale	Muškarci		Žene		*F*	*df*	*p*
	M	*Sd*	*M*	*Sd*			
SA	82.56	18.31	98.45	14.88	35.31	171	0.00*
DEP	7.64	5.66	6.24	5.22	2.43	171	0.12
ATM	71.26	27.87	66.68	26.50	1.03	171	0.31
SOK	12.84	2.53	12.44	3.07	0.67	171	0.42
RUM	13.80	3.29	14.09	2.79	0.34	171	0.56
PNP	15.76	2.35	15.09	2.91	2.10	171	0.15
KAT	11.36	3.94	10.31	3.37	3.13	171	0.08

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti, *DEP* – skala depresivnosti, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacije, *PNP* - subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, *M* – aritmetička sredina, *Sd* – standardna devijacija, *F- omjer, df* – stupnjevi slobode, *p<.05

Nakon provedene statističke obrade utvrđivanja značajnosti razlike među spolovima u ispitivanim varijablama korištenjem jednosmjerne analize varijance za

nezavisne uzorke utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u socijalnoj anksioznosti ($F(171) = 35.31$; $p<.05$). Žene (M=98.45, Sd=14.88), u prosjeku, postižu više rezultate od muškaraca (M=82.56, Sd=18.31) što znači da su socijalno anksioznije od muškaraca. Na ostalim upitnicima i subskalama nisu dobivene značajne razlike po spolu.

Jedan od ciljeva ovog istraživanja je bio utvrditi koje su to tvrdnje koje najbolje opisuju socijalnu anksioznost, odnosno depresivnost, u ovom uzorku.

Tablica 4

Prikaz aritmetičkih sredina tvrdnji ispitivanih varijabli koje imaju najviše prosječne vrijednosti (N=173)

Naziv skale	Čestica	*M*	*M(m)*	*M(ž)*
SA28	*Razmišljam kakav dojam ostavljam na druge.*	2.96	2.68	3.07
SA29	*Uzmem čašu, šalicu ili cigaretu i držim je čvrsto u ruci.*	2.95	2.84	3.00
SA30	*Stanem negdje po strani da me se manje primjećuje.*	2.98	2.72	3.09
SA31	*Pijem alkohol kako bi svladao/la napetost.*	2.91	2.66	3.02
DEP2	*Bilo mi je teško započeti aktivnosti.*	1.20	1.40	1.11
DEP4	*Bio/la sam potišten/a i tužan/a.*	1.25	1.24	1.25

Legenda: *USA* – upitnik socijalne anksioznosti *DEP* – skala depresivnosti, M (m ili ž) – aritmetička sredina za muškarce i žene

Nakon provedene statističke obrade utvrđeno je da žene postižu, u prosjeku, više rezultate od muškaraca na svim česticama upitnika socijalne anksioznosti, dok, muškarci postižu više rezultate od žena na skoro svim česticama skale depresivnosti. Najviše rezultate na česticama upitnika socijalne anksioznosti oba spola postižu na četiri čestice i to na 28., 29., 30. i 31–oj čestici. Na svim česticama, žene, u prosjeku, postižu više rezultate od muškaraca (Tablica 4). Nadalje, oba spola postižu, u prosjeku, vrlo niske rezultate na skali depresivnosti, međutim, najviše rezultate postižu na česticama broj 2 i 4. Na čestici broj 2 muškarci postižu, u prosjeku, više rezultate od žena, dok na čestici broj 4 žene, u prosjeku postižu više rezultate (Tablica 4).

Drugi problem ovog istraživanja bio je ispitati povezanosti između socijalne anksioznosti, depresivnosti, automatskih misli i emocionalne regulacije. Kako bi se

odgovorilo na postavljeni problem izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije među svim varijablama. Prikaz izračunatih koeficijenata korelacije se nalazi u Tablici 5.

Tablica 5

Prikaz interkorelacija varijabli uključenih u istraživanje (N=173)

Naziv skale	*r*						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. SA	-						
2. DEP	.48*	-					
3. ATM	.53*	.82*	-				
4. SOK	.36*	.40*	.47*	-			
5. RUM	.45*	.43*	.43*	.54*	-		
6. PNP	.18*	.14	.11	.25*	.53*	-	
7. KAT	.37*	.50*	.56*	.47*	.51*	.19*	-

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti, *DEP* – skala depresivnosti, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacije, *PNP* - subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, *r* – koeficijenti povezanosti među varijablama, **p<.05*

Nakon provedene statističke obrade podataka utvrđivanja povezanosti među ispitivanim varijablama korištenjem Pearsonovih koeficijenata korelacije, utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između upitnika socijalne anksioznosti i svih ostalih ispitivanih varijabli, tj. skale depresivnosti (*r*=.48), upitnika automatskih misli (*r*=.53), subskale samookrivljavanja (*r*=.36), subskale ruminacije (*r*=.45), subskale preusmjeravanja na planiranje (*r*=.18) te subskale katastrofiziranja (*r*=.37) (Tablica 5).

Također, utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između skale depresivnosti i upitnika automatskih misli (*r*=.82), subskale samookrivljavanja (*r*=.40), subskale ruminacije (*r*=.43) i subskale katastrofiziranja (*r*=.50) (Tablica 5).

Isto tako, zanimalo nas je u kojoj mjeri su međusobno povezane kognitivne i emocionalne dimenzije ova dva poremećaja te je utvrđeno postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između upitnika automatskih misli i subskale samookrivljavanja (*r*=.47), subskale ruminacije (*r*=.43) i subskale katastrofiziranja (*r*=.56) (Tablica 5)

Interkorelacije rezultata na subskalama kognitivne emocionalne regulacije se kreću od .10 do .60. Najveća korelacija je između subskale samookrivljavanja i subskale ruminacije (r=.54), a najmanja je između subskale preusmjeravanja na planiranje i subskale katastrofiziranja (r=.19). Preostali koeficijenti korelacije nisu statistički značajni (Tablica 5).

Navedene povezanosti ukazuju na to da pojedinci koji su socijalno anksiozniji su ujedno i depresivniji, podložniji većem broju automatskih misli, te su, češće, skloniji samookrivljavanju, ruminiranju o prošlim događajima, planiranju kako se ponašati u određenim situacijama ili ih izbjeći te katastrofiziranju ishoda određenih situacija i događaja. Sličan nalaz dobiven je i za depresivnost. Dakle, pojedinci koji su depresivniji su ujedno i socijalno anksiozniji, podložniji automatskim mislima, skloniji samookrivljavanju, ruminiranju te katastrofiziranju situacija i događaja. Nadalje, pojedinci koji su skloniji automatskim mislima su ujedno i skloniji samookrivljavanju, ruminaciji te katastrofiziranju. Što se tiče značajnih korelacija među subskalama samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje te katastrofiziranja, valja istaknuti da je poželjno da među subskalama jedne skale ili upitnika korelacije budu što niže budući da to ukazuje na to da one mjere različite aspekte istog konstrukta što i jest cilj svakog upitnika ili skale. Previsoke korelacije među subskalama bi značile da one mjere isti aspekt određenog konstrukta te onda ne bi imale smisla. Isto tako je vrlo važno da povezanost rezultata na pojedinoj subskali i ukupnog rezultata na cijelom upitniku bude što viša jer to ukazuje na homogenost upitnika, odnosno na to da subskale vrlo dobro zahvaćaju onaj konstrukt koji trebaju mjeriti. Dakle, budući da su subskale samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje i katastrofiziranja dio upitnika kognitivne emocionalne regulacije poželjno je da korelacije među njima budu što niže kako bi imale smisla, budući da bi trebale mjeriti različite aspekte istog konstrukta, u ovom slučaju, emocionalne regulacije.

Također su provedene i neke dodatne analize povezanosti pa je tako provjerena povezanost između socijalne anksioznosti i ostalih varijabli, odvojeno za muške i ženske ispitanike (Tablica 6).

Tablica 6

Prikaz interkorelacija varijabli uključenih u istraživanje
za muškarce (N=50) i žene (N=123)

	r					
Naziv skale	*DEP*	*ATM*	*SOK*	*RUM*	*PNP*	*KAT*
SA(m)	.64*	.70*	.48*	.59*	.24	.51*
SA(ž)	.56*	.58*	.40*	.41*	.26*	.24*

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti, *DEP* – skala depresivnost, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacije, *PNP* – subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, *r* – koeficijenti povezanosti među varijablama, **p<.05*

Nakon provedene statističke obrade podataka utvrđivanja povezanosti korištenjem Pearsonovih koeficijenata korelacije između onih varijabli po kojima se žene i muškarci značajno razlikuju, utvrđeno je da su žene, iako postižu statistički značajno više rezultate na upitniku socijalne anksioznosti, nešto manje, iako neznačajno, podložnije ostalim negativnim korelatima, tj. depresivnosti, automatskim mislima, samookrivljavanju, ruminaciji te katastrofiziranju, od muškaraca (Tablica 6). I kod jednih i drugih, povezanost navedenih varijabli je bila statistički značajno pozitivno povezana sa socijalnom anksioznošću (Tablica 6). Što se tiče subskale preusmjeravanja na planiranje, ona je kod žena statistički značajno pozitivno povezana sa socijalnom anksioznošću (Tablica 6), dok kod muškaraca nije.

Treći problem ovog istraživanja bio je utvrditi doprinos depresivnosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma socijalne anksioznosti te doprinos socijalne anksioznosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju simptoma depresivnosti te je u tu svrhu korištena je standardna regresijska analiza.

Tablica 7

Prikaz rezultata standardne regresijske analize prediktorskih i kriterijskih varijabli (N=173)

Prediktor	Kriterij					
	SA			DEP		
	*β**	*t*	*p*	*β**	*t*	*p*
SA	-	-	-	.05	.84	.40
DEP	.09	.84	.40.	-	-	-
ATM	.34*	2.89*	.00*	.75*	12.48*	.00*
SOK	.02	.27	.79	- .03	- .56	.57
RUM	.27*	2.91*	.00*	.08	1.20	.23
PNP	- .01	- .15	.88	.01	.24	.81
KAT	- .01	- .08	.94	.03	.50	.62
R^2	.35			.67		
Adjusted R^2	.32			.66		
F(6,166)	14.70			57.03		
p	.00			.00		

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti *DEP* – skala depresivnosti, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacija, *PNP* - subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, *β** - ponderirani regresijski koeficijenti ili beta ponderi, *t* – statistička značajnost, **p*<.00

Nakon provedene statističke analize korištenjem standardne regresijske analize utvrđeno je da su za kriterijsku varijablu *socijalna anksioznost* značajni prediktori *automatske misli* i *ruminacija*. Ostali prediktori nisu bili značajni za kriterij *socijalna anksioznost.* Svi prediktori zajedno objašnjavaju 32% ukupne varijance kriterija (Tablica 7). Veličina i smjer beta pondera značajnih prediktora ukazuje na to da osobe koje su sklonije automatskim mislima i ruminiranju postižu više rezultate na socijalnoj anksioznosti. Nadalje, za kriterijsku varijablu *depresivnost* značajan prediktor su samo *automatske misli* dok ostali prediktori nisu značajni. Svi zajedno objašnjavaju 66% ukupne varijance kriterija (Tablica 7). Veličina i smjer beta pondera značajnog prediktora ukazuje na to da one osobe koje su sklonije automatskim mislima su ujedno i depresivnije.

S ciljem dobivanja uvida u specifične aspekte socijalne anksioznosti i depresivnosti, u ovom istraživanju su izračunati broj i postotak pojedinaca čiji rezultati u svim ispitivanim varijablama prelaze, tzv. kritičnu vrijednost. Za sve upitnike i skale

korištene u istraživanju, osim za skalu depresivnosti, je određena kritična vrijednost tako da su zbrojene aritmetička sredina i standardna devijacija (M+1Sd). Za subskalu depresivnosti, budući da je ona dio skale depresivnosti, anksioznosti i stresa postoje utvrđene norme, tj. kritične vrijednosti (Henry i Crawford, 2005).

Tablica 8

Prikaz kritičnih vrijednosti ispitivanih varijabli te broja i postotka muškaraca i žena koji imaju rezultat iznad te vrijednosti N(173)

Naziv skale	Muškarci			Žene		
	K. vrijednost	*N*	*%*	*K. vrijednost*	*N*	*%*
SA	100.87	9	18	113.33	17	13.82
ATM	99.13	8	16	93.18	22	17.89
SOK	15.37	7	14	15.51	23	18.70
RUM	17.09	6	12	16.88	22	17.89
PNP	18.11	6	12	18.00	20	16.26
KAT	15.30	7	14	13.68	20	16.26

Legenda: *SA* – upitnik socijalne anksioznosti, *ATM* – upitnik automatskih misli, *SOK* – subskala samookrivljavanja, *RUM* – subskala ruminacije, *PNP* - subskala preusmjeravanja na planiranje, *KAT* – subskala katastrofiziranja, K. vrijednost – kritična vrijednost, N – broj muškaraca ili žena

Tablica 9

Prikaz broja i postotka muškaraca i žena s obzirom na kategorije stupnja ozbiljnosti simptoma na skali depresivnosti

Skala depresivnosti				
Ozbiljnost simptoma	Muškarci		Žene	
	N	%	N	%
Normalno (0-9)	18	36	59	47,97
Blago (10-13)	9	18	15	12,20
Umjereno (14-20)	10	20	20	16,26
Ozbiljno (21-27)	2	4	17	13,82
Ekstremno ozbiljno (28+)	11	22	12	9,76

Legenda: N – broj muškaraca ili žena

Nakon provedene statističke obrade, utvrđeno je da više muškaraca nego žena (u postotcima) pokazuje trend postizanja rezultata iznad kritične vrijednosti u socijalnoj

anksioznosti (Tablica 8). S druge strane, utvrđeno je da više žena nego muškaraca (u postotcima), s obzirom na veličinu uzorka jednog i drugog spola, pokazuje trend postizanja rezultate iznad kritične vrijednosti u upitniku automatskih misli te subskalama samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje te katastrofiziranju (Tablica 8). Što se tiče skale depresivnosti, utvrđeno je da više muškaraca nego žena (u postotcima) pokazuje trend postizanja viših rezultata u kategorijama blage, umjerene i ekstremno ozbiljne simptomatologije depresivnosti dok više žena nego muškaraca (u postotcima) pokazuje trend postizanja viših rezultata u kategorijama normalne i ozbiljne simptomatologije (Tablica 9).

6. RASPRAVA

Ljudi tijekom čitavog svog života prolaze kroz različite stresne situacije, događaje i izazove i nastoje se prilagoditi svijetu u kojem žive. Tako npr. mala djeca nastoje razumjeti i na neki sebi svojstven i primitivan način, utjecati i modificirati okolinu u kojoj se nalaze kako bi je sebi prilagodili. Kako djeca rastu tako im se razvijaju sve složenije kognitivne vještine koje im pomažu u regulaciji vlastitih misli i osjećaja. Kada uđu u period adolescencije polako usavršavaju stečene kognitivne vještine koje im sve efikasnije pomažu u regulaciji i kontroli vlastitih emocija (Aldwin, 1994; prema Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van den Kommer i Teerds, 2002). U ranoj odrasloj dobi, regulacija i kontrola emocija imaju vrlo važnu ulogu u održavanju mentalnog zdravlja, te je ovaj period, uz adolescenciju, jedan od najburnijih perioda u životu pojedinca. Naime, mentalno zdravlje u ovoj dobi ima brojne reperkusije u različitim aspektima zdravstvene dobrobiti (Angst, 1996), akademskog uspjeha (Kessler, Foster, Saunders i Stang, 1995), buduće karijere i romantičnih odnosa (Ettner, Frank i Kessler, 1997). Od cjelokupne populacije rane odrasle dobi posebno je zanimljiva studentska populacija kada se govori o mentalnim poremećajima. Taj tranzicijski period završavanja srednje škole i dolaska na studij je jedan od krucijalnih životnih perioda koji podrazumijeva susret sa brojnim razvojnim zadacima rane odrasle dobi kao što su donošenje odluke vezane uz odabir buduće karijere, formiranje stabilnih i zrelih romantičnih odnosa, jačanje i širenje vlastitog self koncepta te nezavisnost od roditelja (Arnett, 2000). Budući da se suočavaju sa različitim socijalnim i akademskim zahtjevima, ovaj period može biti prožet brojnim zdravstvenim problemima, uključujući i poremećajima kojima je u podlozi emocionalna disregulacija (Gjerde, 1993). Neka

istraživanja pokazuju visoku zastupljenost psiholoških poremećaja, posebno depresivnosti i anksioznosti među studentskom populacijom diljem svijeta (Adewuya, Ola, Olutayo, Mapayi i Oginni, 2006, Nerdrum, Rustøen i Rønnestad, 2006). Koliko je period rane odrasle dobi osjetljiv i vulnerabilan na ove poremećaje govori i činjenica da čak tri četvrtine osoba koje su imale ili imaju neke mentalne poremećaje, izvještavaju o početku poremećaja do 24. godine života (Kessler i sur., 2005).

Ovo istraživanje je za cilj imalo utvrditi odnose između kognitivnih (automatske misli) i emocionalnih (emocionalna regulacija) dimenzija socijalne anksioznosti i depresivnosti. Prvo su utvrđeni deskriptivni parametri za sve varijable koje su ispitivane (Tablica 1). Potom je utvrđen normalitet distribucija korištenjem Kolmogorov – Smirnovljevog testa (Tablica 2) nakon čega je uslijedilo provjeranje faktorske strukture *Upitnika socijalne anksioznosti.* Nakon provedene faktorske strukture korištenjem metode zajedničkih faktora utvrđena je jednofaktorska struktura upitnika. Dobiveni faktor objašnjava ukupno 36% ukupne varijance (Tablica 1 u Prilogu). Također, koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alfa je iznosio .95 što govori o vrlo visokoj pouzdanosti upitnika socijalne anksioznosti (Tablica 1). Ostali upitnici i skale, također, imaju vrlo zadovoljavajuće vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta unutarnje konzistencije (Tablica 1).

Nakon provedene faktorske analize i utvrđivanja jednofaktorske strukture upitnika socijalne anksioznosti, moglo se pristupiti obradi podataka vezane za postavljene probleme i hipoteze. Prvi problem je bio utvrditi postojanje razlika s obzirom na spol u svim ispitivanim varijablama te je za te potrebe korištena jednosmjerna analiza varijance sa korekcijom za nezavisne uzorke budući da je u ovom uzorku omjer muškaraca i žena gotovo 1:2,5. Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike po spolu samo u socijalnoj anksioznosti. Žene su, u prosjeku, postigle više rezultate od muškaraca što implicira da su socijalno anksioznije (Tablica 3). Na ostalim upitnicima i subskalama nisu dobivene značajne razlike po spolu. Dobivena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u socijalnoj anksioznosti konzistentna je sa gotovo svim istraživanjima u ovoj domeni. Yonkers, Dyck i Keller (2001.) su dobili znatno veću prevalenciju socijalne anksioznosti tijekom života, veći komorbiditet s ostalim anksioznim poremećajima te značajnija funkcionalna oštećenja kao posljedicu ovog poremećaja kod žena. Nadalje, žene koje pate od socijalne anksioznosti pokazuju znatno više straha od različitih socijalnih situacija, i općenito, imaju više strahova od muškaraca koji pate od istog poremećaja (Turk i sur., 1998). Objašanjenja ovih razlika po spolu mogu biti hormonalni utjecaji (Altemus, 2006), vulnerabilnost na stresore i nepovoljne okolnosti u djetinjstvu (Molnar, Buka i Kessler,

2001), različiti obrasci učenja (Barlow, 2002; prema Xu i sur., 2012) te rodne i socijalne uloge (Plaisier i sur., 2008).

Iako brojna istraživanja potvrđuju postojanje značajnih razlika po spolu po pitanju depresivnosti, ovo istraživanje to nije potvrdilo (Tablica 3). Većina istraživanja u ovoj domeni potvrđuju da su žene u većoj mjeri depresivnije od muškaraca (Nolen – Hoeksema, 1991; Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee i Van den Kommer, 2004). Razlozi su mnogobrojni: socioekonomski status, razina obrazovanja, hormonalne i genetske predispozicije, žene se češće susreću sa negativnim životnim događajima, osobine ličnosti poput neuroticizma te korištenje neefikasnih strategija suočavanja i regulacije emocija (suočavanje usmjereno na emocije umjesto na problem, ruminacija) što je vrlo vjerojatno najčešći uzrok (Ingram, Miranda i Segal, 1998; prema Garnefski i sur., 2004). Razlog nepostojanja statistički značajne razlike po spolu u depresivnosti je vrlo vjerojatno posljedica toga što su i muškarci i žene, u ovom slučaju, dio studentske populacije koja je vrlo karakteristična. Naime, muškarci i žene u toj populaciji su podložni istim stresorima te istim metodama samoevaluacije. Kada se govori o podložnosti istim stresorima, onda se tu, prije svega, misli na uspostavljanje novih socijalnih relacije. početak samostalnog života, financijske odgovornosti i, ono što je najvažnije, nezavisnosti (Smojver – Ažić, 1998; prema Vulić – Prtorić, 2009). Osim toga, jedan od razloga može biti i taj što ovakvim online istraživanjima uglavnom pristupaju senzibilniji muškarci. Isto tako, moguće je da je došlo do izostanka razlike u korištenju strategija emocionalne regulacije što zapravo rezultira tim da oba spola podjednako doživljavaju depresivnost. Moguće je da su njihovi rezultati iz ovog razloga slični rezultatima žena te zbog toga nisu utvrđene razlike po spolu. Neka istraživanja su pokazala da se razlike po spolu u depresivnosti među studentskom populacijom mogu uočiti samo u prvih 6 mjeseci, a nakon toga te razlike gotovo i ne postoje (Vulić – Prtorić, 2009). Jedan od razloga izostanka ovih razlika može biti i taj da su kod studentske populacije stereotipi i spolne uloge najmanje izražene, dok su im istovremeno socijalne relacije najsličnije (Ivanov, 2008; prema Vulić – Prtorić, 2009).

Nadalje, nepostajanje razlika po spolu po pitanju automatskih misli je u skladu sa onim što se očekivalo. Naime, automatske misli potječu iz negativnih vjerovanja o sebi, o odnosima s drugima te o budućnosti. U početku bilo koje terapije depresivnosti ili anksioznosti, njih se uvijek prvo restrukturira jer su one najbliže razini svjesnosti (Kanter, Kohlenberg i Loftus, 2004). Budući da se radi o površinskim shemama koje su podjednake kod oba spola nije se očekivala razlika po spolu, a to potvrđuju i rezultati nekih istraživanja (Hollon i Kendall, 1980) (Tablica 3). Također, što se tiče razlika po spolu u korištenju

strategija emocionalne regulacije nije dobivena značajna razlika iako je bilo očekivano da bi trebala postajati (Tablica 3). Strategije kognitivne emocionalne regulacije zapravo predstavljaju odgovore na one događaje ili situacije iz okoline koje izazivaju određenu emocionalnu reakciju. Njihov cilj je pokušaj mijenjanja vrste ili intenziteta emocionalnog iskustva pojedinca kao reakcije na događaj ili situaciju ili mijenjanje iste (Aldao i Nolen . Hoeksema, 2010). U ovom istraživanju su korištene 4 subskale iz upitnika kognitivne emocionalne regulacije, a to su samookrivljavanje, ruminacija, preusmjeravanje na planiranje te katastrofiziranje. Samookrivljavanje se odnosi na misli o okrivljavanju sebe zbog situacije ili događaja kojeg je osoba iskusila („Osjećam da sam ja odgovoran za to što se dogodilo.“, „Mislim da je u osnovi uzrok u meni.“). Ruminacija je vrlo dobro pojašnjena u uvodu, međutim, ovdje se može navesti par rečenica za primjer („Često razmišljam o tome kako se osjećam u vezi toga što mi se dogodilo.“, „Zadržavam se na osjećajima koje je situacija izazvala u meni.“). Preusmjeravanje na planiranje je od svih ovih strategija jedina pozitivna, a u ovom istraživanju je korištena zbog njene sličnost sa sigurnosnim ponašanjima koja su karakteristična za socijalnu anksioznost. Ova strategija se odnosi na razmišljanje pojedinca o tome koje je korake nužno poduzeti kako bi se efikasno suočio sa događajem ili situacijom („Razmišljam o tome što je najbolje učiniti.“, „Planiram što bi bilo najbolje učiniti.“). Katastrofiziranje se odnosi na eksplicitno naglašavanje katastrofalnih posljedica nastalih doživljavanjem određenog iskustva („Često razmišljam kako je strašno to što mi se dogodilo.“, „Često mislim kako je to najgore što se osobi može dogoditi.“) (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2002). Neka istraživanja su pokazala da žene više koriste neadaptivne kognitivne strategije regulacije emocija poput ruminacije i katastrofiziranja (Nolen – Hoeksema, 1991, Abdi i sur., 2012). Također, jedno istraživanje je pokazalo da žene češće upotrebljavaju sve strategije kognitivne emocionalne regulacije osim strategije samookrivljavanja što znači da češće upotrebljavaju i pozitivne strategije (Garnefski i sur, 2002). Razlog nepostojanja statistički značajne razlike po spolu je vrlo vjerojatno posljedica toga što su i muškarci i žene, u ovom slučaju, dio studentske populacije pa prema tome moguće je da za nepostojanje značajne razlike po spolu u korištenju strategija emocionalne regulacije vrijedi isto objašnjenje kao i za izostanak značajne razlike po spolu u depresivnosti. Ovdje valja istaknuti da je, isto tako, moguće objašnjenje dobivenih rezultata to studenti, neovisno o spolu, dolaskom na studij, počinju upotrebljavati podjednake strategije (traženje socijalne potpore i suočavanje usmjereno na problem) kako bi se što efikasnije prilagodili na novi život (Livneh i Wilson, 2003; prema Vulić – Prtorić, 2009).

Isto tako valja spomenuti da su rezultati dobiveni na ovom uzorku (M i Sd) (Tablica 1) gotovo identični sa rezultatima koje je u svom radu dobila autorica Soldo (2016.) što zapravo naglašava da studentska populacija ima svoja karakteristična obilježja koja su drugačija od ostalih populacija. Na temelju ovih rezultata može se reći da je prva hipoteza djelomično potvrđena.

Jedan od ciljeva ovog istraživanja je, također, bio utvrditi koje su to tvrdnje koje najbolje opisuju socijalnu anksioznost, odnosno depresivnost, u ovom uzorku. Nakon provedene statističke obrade utvrđeno je da žene postižu, u prosjeku, više rezultate od muškaraca na svim česticama upitnika socijalne anksioznosti, dok, muškarci postižu više rezultate od žena na skoro svim česticama skale depresivnosti. Najviše rezultate na česticama upitnika socijalne anksioznosti oba spola postižu na četiri čestice i to na 28. (*„Razmišljam kakav dojam ostavljam na druge.“*), 29. (*„Uzmem čašu, šalicu ili cigaretu i držim je čvrsto u ruci.“*), 30. (*„Stanem negdje po strani da me se manje primjećuje.“*) i 31–oj (*„Pijem alkohol kako bi svladao/la napetost.“*) čestici. Na svim česticama, žene, u prosjeku, postižu više rezultate od muškaraca (Tablica 4). Nadalje, oba spola postižu, u prosjeku, vrlo niske rezultate na skali depresivnosti, međutim, najviše rezultate postižu na česticama broj 2 (*„Bilo mi je teško započeti aktivnosti.“*) i 4 (*„Bio/la sam potišten/a i tužan/a.“*). Na čestici broj 2 muškarci postižu, u prosjeku, više rezultate od žena, dok na čestici broj 4 žene, u prosjeku postižu više rezultate (Tablica 4).

Nakon utvrđenih razlika po spolu, pristupilo se obradi podataka vezanih uz drugi problem koji se odnosio na utvrđivanja povezanosti između ispitivanih varijabli, socijalne anksioznosti, depresivnosti, automatskih misli i emocionalne regulacije. Kako bi se odgovorilo na postavljeni problem izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije među svim varijablama. Nakon provedene analize podataka utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između upitnika socijalne anksioznosti i svih ostalih ispitivanih varijabli, tj. depresivnosti, automatskih misli, samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje te katastrofiziranja (Tablica 5). Navedene povezanosti ukazuju na to da su pojedinci koji su socijalno anksiozniji ujedno i depresivniji, podložniji većem broju automatskih misli te su, češće, skloniji samookrivljavanju, ruminiranju o prošlim događajima, planiranju kako se ponašati u određenim situacijama ili ih izbjeći te katastrofiziranju ishoda određenih situacija i događaja. Rezultati brojnih istraživanja su konzistentni s dobivenim rezultatima. Povezanost između socijalne anksioznosti i depresivnosti nije potrebno dodatno pojašnjavati budući da je njihov učestao komorbiditet neupitan i vrlo temeljno u uvodu prikazan. Nadalje, što se tiče povezanosti socijalne

anksioznosti i automatskih misli, brojna istraživanja su pokazala da pojedinci koji pate od ovog poremećaja izvještavaju o većoj frekvenciji negativnih samoevaluativnih misli u periodu prije odvijanja određene socijalne situacije (Cacioppo, Glass i Merluzzi, 1979) i za vrijeme odvijanje socijalnih interakcija što uvelike pridonosi njihovoj anksioznosti (Stopa i Clark, 1993). Vassilopoulos (2004.) izvještava o tome da se pojedinci koji pate od socijalne anksioznosti upuštaju u tzv. predviđajuće procesiranje koje uključuje ruminiranje o prošlim neuspjelim situacijama te na taj način dolazi do aktivacije automatskih negativnih misli, emocija i sjećanja vezanih uz te iste situacije, a to za posljedicu ima povećanje anksioznosti. Pozitivna povezanost između socijalne anksioznosti i strategija kognitivne emocionalne regulacije koja je dobivena u ovom istraživanju je, također, potvrđena i u brojnim drugim istraživanjima pa su tako neka istraživanja pokazala da socijalno anksiozni pojedinci imaju tendenciju samookrivljavanja zbog različitih socijalnih neuspjeha (Hope i Heimberg, 1988). Takvi pojedinci najčešće sebe krive za kritiziranje i odbacivanje od strane drugih, pogotovo zato jer smatraju da su svi ti averzivni socijalni ishodi posljedica njihove neadekvatnosti (Clark i Wells, 1995). Nadalje, pozitivna povezanost između socijalne anksioznosti i ruminacije je također potvrđena u brojnim istraživanjima pa tako Clark i Wells (1995.) ističu da je ruminacija poslije određenog socijalnog događaja karakteristična za pojedince koji pate od ovog poremećaja te da je ona dominantno utemeljena na onim socijalnim informacijama koje je pojedinac procesirao i interpretirao na iskrivljen i neadekvatan način. Ona ima vrlo štetne intra – i interpersonalne posljedice za pojedinca: ona osnažuje negativna vjerovanja o sebi i drugima, povećava vjerojatnost budućeg anticipiranja anksioznosti prije svake nove socijalne situacije te vjerojatnost izbjegavajućeg ponašanja, pospješuje pamćenje samo negativnih informacija, misli i emocija iz prethodnih socijalnih iskustava te onemogućuje modificiranje iskrivljene percepcije socijalnih prijetnji i neuspjeha (Clark i Wells, 1995). U uvodu je već spomenuto da su osobe sa socijalnom anksioznosti visoko fokusirane na sebe, a neka istraživanja pokazuju da upravo takvi pojedinci imaju tendenciju reagiranja na životne probleme i situacije ruminacijom ili izbjegavanjem (Wood, Saltzberg, Neale, Stone i Rachmiel, 1990). Postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između socijalne anksioznosti i strategije preusmjeravanja je vrlo zanimljiva budući da je ova strategija pozitivna strategija kognitivne emocionalne regulacije te bi se iz tog razloga očekivalo postojanje negativne povezanosti. Međutim, ova strategija regulacije emocija je vrlo slična s jednom strategijom koju osobe koje pate od socijalne anksioznosti upotrebljavaju, a to su sigurnosna ponašanja (Salkovskis, 1991). Naime, i jednoj i drugoj strategiji je cilj isplanirati kako se ponašati u

nadolazećoj socijalnoj situaciji ili interakciji kako se osobi ne bi ponovio socijalni neuspjeh. Dobivena pozitivna povezanost je možda rezultat poistovjećivanja ove strategije sa strategijom sigurnosnih ponašanja. Iako sigurnosna ponašanja djeluju negativno na način da sprječavaju opovrgavanje iskrivljenih uvjerenja vezanih uz ponašanja kojih se osoba boji i njihove ishode, povećavaju anksiozne simptome te rezultiraju negativnom reakcijom od strane drugih, za pojedinca koji pati od socijalne anksioznosti to predstavlja „adaptivnu“ strategiju (Salkovskis, 1991). U prilog ovoj povezanosti, možda ide i činjenica da su neka istraživanja utvrdila pozitivnu povezanost između anksioznosti i preusmjeravanja na planiranje budući da anksiozni pojedinci smatraju da je ovo pozitivna strategija koja pridonosi njihovoj dobrobiti (Legerstee, Garnefski, Verhulst i Utens, 2011). Nadalje, pozitivna povezanost između socijalne anksioznosti i katastrofiziranja je isto tako konzistentna sa rezultatima nekih istraživanja pa su tako Henrichsen i Clark (2004.) i Vassilopoulos i Banarjee (2008.) utvrdili da socijalno anksiozni pojedinci znaju često katastrofizirati o tome što bi se moglo dogoditi u određenoj socijalnoj situaciji.

Što se tiče konstrukta depresivnosti utvrđeno je da je on statistički značajno pozitivno povezan sa svim drugim ispitivanim varijablama, osim sa strategijom preusmjeravanje na planiranje (Tablica 5). Dobivene povezanosti ukazuju na to da pojedinci koji su depresivniji su ujedno i socijalno anksiozniji, podložniji automatskim mislima, skloniji samookrivljavanju, ruminiranju te katastrofiziranju situacija i događaja. Povezanost depresivnosti i automatskih misli je već odavno potvrđena u literaturi pa tako Wenzlaff, Wegner i Roper (1988.) izvještavaju o tome da pojedinci koji pate od depresivnosti imaju tendenciju usmjeravanja pažnje na negativne automatske misli budući da su one najdostupnije te im je stoga vrlo teško skrenuti pozornost od takvih misli. Također, neka istraživanja pokazuju da takve misli pridonose kognitivnoj vulnerabilnosti za razvoj depresivnosti (Hartlage, Alloy, Vazquez i Dykman, 1993). Doprinos automatskih misli u razvoju depresivnosti je neupitan. One zapravo predstavljaju negativne kognitivne sheme koje se nalaze u osnovi depresivnosti. One određuju na koji će način pojedinac percipirati informacije koje mu dolaze iz okoline, od raznih situacija koje mu se događaju, preko interakcija s ljudima pa do percipiranja samog sebe, svojih misli i emocija. Automatske misli čine temelj Beckove kognitivne trijade koja je ranije spomenuta (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; Rehm, 1989; prema Vulić – Prtorić, 2007). Najjača poveznica automatskih misli sa depresivnosti jest činjenica da ovakve misli podržavaju samo maladaptivne sheme, tj. one koje doprinosi vulnerabilnosti za razvoj depresije. Interpretacija informacija na pozitivan način odnosno u suprotnosti sa shemom koja je

aktualna nije moguća budući da osoba koja je sklona automatskim mislima, iskrivljeno interpretira sve informacije iz okoline (Young, Klosko i Weishaar, 2003; prema Calvete i sur., 2013). Ovakav način interpretacije informacije iz okoline samo potiče još negativniju samoevaluaciju koja je jedna od temeljnih karakteristika depresivnosti. Nadalje, dobivena pozitivna povezanost između depresivnosti i samookrivljavanja je vrlo konzistentno potvrđeno i u drugim istraživanjima pa tako Beck i Emery (1985; prema Popov, 2010.) u svojoj knjizi govore o samookrivljavanju kao značajnom prediktoru u objašnjenju negativnog afekta budući da pretpostavlja misli koje su tipične za depresivnost. Budući da negativno mišljenje o sebi i svom životu uzrokuje depresivnost, samookrivljavanje čini krucijalan segment negativnog koncepta o sebi, a to je jedna od temeljnih značajki depresivnosti. Isto tako, istraživanje Petersona, Maiera i Seligmana (1993; prema Gilbert i Miles, 2000.) je utvrdilo da ljudi koji su skloniji depresivnosti čine internalne i stabilne atribucije u smislu samookrivljavanja za osobne neuspjehe i kritiziranja od strane drugih. Također, pozitivna povezanost između depresivnosti i ruminacije je vrlo dobro potvrđena u dosadašnjim istraživanjima. Uz automatske misli, ruminacija je najznačajnija karakteristika depresivnosti. Ruminacijski stil je vrlo prepoznatiljiv i karakterističan za pojedince koji pate od depresivnosti (Nolen – Hoeksema, 2000). Osobe koje pate od depresivnosti izvještavaju o povišenim razinama ruminacije u usporedbi sa osobama koje nikada nisu bile depresivne što zapravo implicira važnost ruminacije u predikciji vulnerabilnosti za razvoj depresivnosti (Roberts, Gilboa i Gotlib, 1998). Naposljetku, dobivena pozitivna povezanost između depresivnosti i katastrofiziranja je, isto tako, potvrđena u nekim istraživanjima. Katastrofiziranje predstavlja kognitivni proces koji je karakteriziran nedostatkom povjerenja, kontrole i očekivanjem negativnih ishoda (Chaves i Brown, 1987), međutim, ono isto tako predstavlja maladaptivnu strategiju koja intenzivira iskustvo boli i depresivnosti (Keffe, Brown, Wallston i Caldwell, 1989).

Nadalje, utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između automatskih misli i svih negativnih strategija kognitivne emocionalne regulacije, tj. samookrivljavanja, ruminacije i katastrofiziranja (Tablica 5). Ovi rezultati impliciraju da oni pojedinci koji su skloniji automatskim mislima, osim što su socijalno anksiozniji i depresivniji, su ujedno skloniji samookrivljavanju, ruminaciji i katastrofiziranju. Razlog ove povezanosti je vrlo vjerojatno činjenica da obje varijable predstavljaju negativni afekt koji je odlika depresivnosti i anksioznosti. Obje varijable su statistički značajno pozitivno povezane sa depresivnosti i socijalnom anksioznosti i predstavljaju zapravo negativne aspekte misli i emocija koje se nalaze u podlozi oba poremećaja.

Preostali koeficijenti korelacije nisu bili značajni. Na temelju ovih rezultata može se reći da je druga hipoteza potvrđena.

Osim ove standardne analize povezanosti, provjerena je povezanost između socijalne anksioznosti i ostalih varijabli, odvojeno za muške i ženske ispitanike. Nakon provedene statističke obrade podataka, utvrđeno je da su žene, iako postižu statistički značajno više rezultate na upitniku socijalne anksioznosti, nešto manje, iako neznačajno, podložnije ostalim negativnim korelatima, tj. depresivnosti, automatskim mislima, samookrivljavanju, ruminaciji te katastrofiziranju, od muškaraca (Tablica 3, 6). I kod jednih i drugih, povezanost navedenih varijabli je bila statistički značajno pozitivno povezana sa socijalnom anksioznosti (Tablica 6). Što se tiče subskale preusmjeravanja na planiranje, ona je kod žena statistički značajno pozitivno povezana sa socijalnom anksioznošću (Tablica 6), dok kod muškaraca nije. Valja istaknuti da ovakvi rezultati nisu konzistentni s rezultatima prethodnih istraživanja. Kako je već navedeno ranije u raspravi, ali i u uvodu, socijalna anksioznost kod žena, gotovo uvijek ima negativnije efekte nego kod muškaraca, i to u svim navedenim varijablama, tj. one su depresivnije, podložnije automatskim mislima te su sklonije samookrivljavanju, ruminiranju te katastrofiziranju. Objašnjenje dobivenih rezultata može biti identično objašnjenju navedenom za nepostojanje razlika s obzirom na spol u depresivnosti.

Treći problem ovog istraživanja bio je utvrditi doprinos depresivnosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma socijalne anksioznosti te doprinos socijalne anksioznosti, automatskih misli i emocionalne regulacije u objašnjenju simptoma depresivnosti te je u tu svrhu korištena standardna regresijska analiza. Nakon provedene statističke analize, utvrđeno je da su za kriterijsku varijablu *socijalna anksioznost* značajni prediktori *automatske misli* i *ruminacija*. Ostali prediktori nisu bili značajni za kriterij *socijalna anksioznost.* Svi prediktori zajedno objašnjavaju 32% ukupne varijance kriterija (Tablica 7). Veličina i smjer beta pondera značajnih prediktora ukazuje na to da osobe koje su sklonije automatskim mislima i ruminiranju postižu više rezultate na socijalnoj anksioznosti. Nadalje, za kriterijsku varijablu *depresivnost* značajan prediktor su samo *automatske misli* dok ostali prediktori nisu značajni. Svi zajedno objašnjavaju 67% ukupne varijance kriterija (Tablica 7). Veličina i smjer beta pondera značajnog prediktora ukazuje na to da one osobe koje su sklonije automatskim mislima su ujedno i depresivnije. Dobiveni rezultati za kriterij socijalna anksioznost su svi očekivani osim za subskalu preusmjeravanje na planiranje. Naime, budući da su automatske misli i ruminacija vrlo česti kod većine anksioznih i depresivnih poremećaja, uključujući i socijalnu anksioznost,

što i potvrđuje veliki broj istraživanja, nije iznenađenje da su se oni pokazali kao značajni prediktori u objašnjenju izraženosti simptoma socijalne anksioznosti. Očekivalo se da će strategija preusmjeravanja na planiranje isto tako biti dobar prediktor, međutim, to se nije pokazalo. Razlog može biti u tome što, iako je ta strategija vrlo slična strategiji sigurnosnih ponašanja koja je karakteristična za socijalnu anksioznost, to nije ista strategija. Moguće je da je ta razlika odgovorna za ovakav ishod što se tiče stategije preusmjeravanja na planiranje. S druge strane, depresivnost se nije pokazala kao značajan prediktor izraženosti simptoma socijalne anksioznosti što je bilo očekivano budući da istraživanja pokazuju da ona gotovo nikada ne prethodi socijalnoj anksioznosti. Isto tako se subskale samookrivljavanja i katastrofiziranja, iako značajno povezane sa socijalnom anksioznošću, nisu pokazale kao značajni prediktori u objašnjenju izraženosti simptoma socijalne anksioznosti što je bilo očekivano. Moguće objašnjenje je da prediktabilnost ovih subskala nije značajna budući da je povezanost tih konstrukata sa socijalnom anksioznosti pronađena u vrlo malom broju istraživanja.

Dobiveni rezultati za kriterij depresivnosti nisu bili u potpunosti u skladu sa pretpostavkama ovog istraživanja. Dobivena značajna prediktabilnost automatskih misli u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti je u skladu sa očekivanjima budući da depresivnost, kao i socijalna anksioznost, spada u internalizirane poremećaje kojima je jedna od temeljnih značajki prisutnost automatskih misli. Iako se očekivalo da će socijalna anksioznost biti značajan prediktor u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti budući da joj gotovo uvijek prethodi, to se nije pokazalo. Objašnjenje za ovaj nalaz bi moglo biti da iako socijalna anksioznost i depresivnost imaju poprilično visok komorbiditet, on ipak nije previsok što znači da socijalna anksioznost ne mora nužno biti prediktor depresivnosti. Isto tako, objašnjenje se može tražiti u pristranom uzorku te činjenici da su ispitanici imali jako niske prosječne vrijednosti na skali depresivnosti što je vrlo vjerojatno utjecalo na dobivene rezultate (Tablica 1). Što se tiče kognitivnih strategija regulacije emocija, bilo je za očekivati da će negativne strategije samookrivljavanja i ruminacije biti značajni prediktori u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti, međutim, to se isto nije pokazalo. Razlog može biti u malom broju čestica kojima su ti konstrukti mjereni (samo 4 čestice za svaki konstrukt) što je za utvrđivanje prediktabilnosti možda ipak premalo. Naposljetku, za strategije katastrofiziranja i preusmjeravanja na planiranje se nije očekivalo da će predviđati veću izraženost simptoma depresivnosti budući da se radi o strategijama koji su ili rijetko utvrđene u istraživanjima (katastrofiziranje) ili uopće nisu povezane sa depresivnosti (preusmjeravanje na

planiranje), što je i dobiveno (Tablica 7). Na temelju ovih rezultata može se reći da je treća hipoteza djelomično potvrđena.

Osim ovih standardnih analiza vezanih za probleme, s ciljem uvida u različite aspekte socijalne anksioznosti i depresivnosti, u ovom istraživanju su izračunati broj i postotak pojedinaca čiji rezultati u svim ispitivanim varijablama prelaze, tzv. kritičnu vrijednost. Nakon provedene statističke obrade, utvrđeno je da više muškaraca nego žena (u postotcima) pokazuje trend postizanja rezultata iznad kritične vrijednosti u socijalnoj anksioznosti (Tablica 8). S druge strane, više žena nego muškaraca (u postotcima), s obzirom na veličinu uzorka jednog i drugog spola, pokazuje trend postizanja rezultata iznad kritične vrijednosti u upitniku automatskih misli te subskalama samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje te katastrofiziranju. Što se tiče skale depresivnosti, utvrđeno je da više muškaraca nego žena (u postotcima) pokazuje trend postizanja viših rezultata u kategorijama blage, umjerene i ekstremno ozbiljne simptomatologije depresivnosti dok više žena nego muškaraca (u postotcima) pokazuje trend postizanja viših rezultata u kategorijama normalne i ozbiljne simptomatologije (Tablica 9). Podaci koji se odnose na kritične vrijednosti su vrlo važni, pogotovo za kliničare koji se bave psihodijagnostikom. Naime, ovi podaci puno govore o potencijalnom razvoju neadaptivnih strategija emocionalne regulacije i samih poremaćaja. Iz prikazanih podataka se može vidjeti da to nisu nimalo bezazlene brojke i postotci. Kod žena se ti postotci kreću između 13% (13,82% na upitniku socijalne anksioznosti) i 19% (subskala samookrivljavanja), dok se kod muškaraca postotci kreću između 12% (subskale ruminacije i preusmjeravanja na planiranje) i 22% (kategorija ekstremne ozbiljnosti simptoma na skali depresivnosti). Naposljetku, valja istaknuti da, iako su žene te koje imaju veće postotke iznad kritične vrijednosti na onim varijablama koje su vezane uz negativne misli i neadaptivne strategije regulacije emocije koje se nalaze u podlozi socijalne anksioznosti i depresivnosti, muškarci su zapravo ti koji u većem postotku prelaze kritičnu vrijednost na socijalnoj anksioznosti te su, u većem postotku, zastupljeniji, u najugroženijoj kategoriji na skali depresivnosti.

Ovo istraživanje ima nekoliko nedostataka i ograničenja. Prije svega, ovo istraživanje je *online* što ima određene prednosti, ali i velike nedostatke. Prednosti su da je to uglavnom brz i ekonomičan način prikupljanja podataka pri čemu uzorak može biti veoma heterogen. Međutim, nedostaci poput upitnosti samostalnog ispunjavanja upitnika te nemogućnosti pojašnjavanja nejasnoća oko čestica u skalama i upitnicima mogu biti ključni za kvalitetu dobivenih rezultata. Isto tako ovaj nacrt je *krossekcijski* što, uz

činjenicu da su utvrđivane korelacije među varijablama, onemogućuje uzročno – posljedično zaključivanje. Također, uzorak ovog istaživanja je selekcioniran i čini ga *studentska populacija* što znači da je odabran i da se rezultati ne mogu generalizirati na druge dobne skupine budući da se korištenje određenih strategija emocionalne regulacije mijenja kako raste životno iskustvo.

Jedan od prijedloga za buduća istraživanja može biti da se usporede rezultati dobiveni na studentskim populacijama sa rezultatima dobivenima na kliničkom uzorku koji ima značajno izraženu simptomatologiju oba poremećaja jer bi to moglo pridonijeti razumijevanju utjecaja automatskih misli i strategija emocionalne regulacije na razvoj socijalne anksioznosti i depresivnosti što je vrlo važno zbog formiranja adekvatnog programa prevencije. Osim toga, jedna od praktičnih implikacija ovog istraživanja proizlazi iz postignutih kritičnih vrijednosti kod muškaraca i žena. Naime, postignuti rezultati koji su veći od kritičnih vrijednosti ukazuju na potencijalnu opasnost od opisanih poremećaja. Rezultati ovog istraživanja se mogu praktično primijeniti na način da se uz pomoć njih, budući da je postotak onih koji prelaze kritičnu vrijednost, kod oba spola, značajan, podiže svijest o važnosti prepoznavanja ove simptomatologije i nužnosti sudjelovanja u programu prevencije kako ne bi došlo do razvoja poremećaja. Podizanje svijesti se odnosi na studente, ali i na sve djelatnike akademske službe kojima je jedan od zadataka učiniti akademski život studenata, barem u ovoj domeni, ugodnim. Budući da se radi o poremećajima koji značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje pojedinca, vrlo je važno motivirati studente koji prepoznaju neke od simptoma da ili koji postižu iznimno visoke rezultate na ovakvim upitnicima, da potraže stručnu pomoć.

Osim potvrđivanja povezanosti dobivenih u ovom istraživanju s onima koje su dobivene u drugim istraživanjama, ovaj rad je pokazao i doprinos ispitivanih varijabli objašnjenju izraženosti simptoma oba poremećaja, te je napravljena i malo opsežnija analiza razlika po spolu s obzirom na rezultate po česticama i kritičnim vrijednostima.

7. ZAKLJUČCI

1. Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike po spolu u socijalnoj anksioznosti. Žene su postigle više rezultate od muškaraca. Razlike s obzirom na spol na ostalim varijablama nisu bile značajne.

2. Utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između socijalne anksioznosti i svih ostalih ispitivanih varijabli, tj. depresivnosti, automatskih misli te subskala samookrivljavanja, ruminacije, preusmjeravanja na planiranje te katastrofiziranja. Također je utvrđeno postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između depresivnosti i automatskih misli, te subskala samookrivljavanja, ruminacije i katastrofiziranja. Nadalje, utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između automatskih misli i subskala samookrivljavanja, ruminacije i katastrofiziranja. Naposljetku je utvrđeno postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između svih ispitivanih subskala kognitivne emocionalne regulacije međusobno. Ostale povezanosti nisu bile statistički značajne.

3. Utvrđeno je da su za kriterijsku varijablu *socijalna anksioznost* značajni prediktori bile *automatske misli i ruminacija* dok ostali prediktori nisu bili značajni. Za kriterijsku varijablu *depresivnost*, značajan prediktor su bile samo *automatske misli*.

8. LITERATURA:

Abbott, M. J. i Rapee, R. M. (2004). Post – event rumination and negative self – appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychiatry, 113*, 136–144.

Abdi, S., Taban, S. i Ghaemian, A. (2012). Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of the Persian translation of the CERQ (36-item). *Procedia – Social and Behavioral Sciences 32*, 2-7.

Abramson, L. Y, Seligman, M. E. P. i Teasdale, J. (1979). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Olutayo, O. A., Mapayi, B. M., Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatrical Epidemiology, 41*, 674–678.

Aldao, A. i Nolen – Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavioral Research and Therapy, 48(*10), 974-983.

Aldao, A., Nolen – Hoeksema, S. i Schweizer, S. (2009). Emotion – regulation strategies across psychopathology: A meta – analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237.

Alden, L. E. i Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*, 857–882.

Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and Behavior, 50*, 534–538.

Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. British *Journal of Psychiatry, 30*, 31-37.

Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma, A. i Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry, 143*, 183-187.

Arnett J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469–480.

Attili, G. (1989). Social competence versus emotional security: The link between home relationships and behavior problems in pre-school. U: B. Schneider, G. Attili, J. Nadel, i R. Weissberg (ur.). *Social Competence in Developmental perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Bartholomew, K. i Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of four – category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 226–244.

Biederman, J., Hirshfeld – Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. i Faraone, S. V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1673–1679.

Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, M. A., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., Meminger, S. R., Kagan, J., Snidman, N. i Reznick, J. S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 47,* 21-26.

Bijelić, L. (2016). *Uloga religioznosti i stavova prema smrti i umiranju u objašnjenju doživljaja smisla života kod odraslih osoba*. Završni rad. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.

Birmehamer, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(12), 1575-1583.

Birmehamer, B., Rzan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. i Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(*11), 1427-1439.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. i Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 179–183.

Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school – age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 545–552.

Berking, M. i Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges and future directions. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(2), 128-134.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitisch, W. i Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(1), 79-89.

Bruch, M. A. i Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 155-168.

Burt, D. B., Zembar, M. J. i Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A metaanalysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117,* 285–305.

Cabeza, R., Locantore, J. K. i Anderson, N. D. (2003). Lateralization of prefrontal activity during episodic memory retrieval: Evidence for the production-monitoring hypothesis. *Journal of Cognitive Neuroscience, 2*, 249–259.

Cacioppo, J. T., Glass, C. R. i Merluzzi, T. V. (1979). Self-statements and self-evaluations: a cognitive response analysis of heterosocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 249–262.

Calvete, E., Orue, I. i Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 278-288.

Carr, A. (1999). *The Handbook od Child and Adolescent Clinical Psychology*. London, New York: Routledge.

Carver, C. S., Scheier, M. F. i Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267–283.

Chaves, J. E. i Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 263-276.

Cicchetti, D. i Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist, 53*(2), 221-241.

Clark, D. A. i Beck, A. T. (1989). *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression.* U: P. C. Kendall and D. Watson (ur.). Anxiety and depression: Distinct and overlapping features. New York: Academic Press.

Clark, L. A. i Waston, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 316–336.

Clark, D. M. i Wells, A (1995). A cognitive model of social phobia. U: R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope i F. Schneier (ur.). *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment,* 69–93. Guilford: New York. preuzeto: 12.01. 2018. https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=a+cognitive+model+of+social+phobia&ots=gS8K7dD-it&sig=lyr44gK7ahFYc5dKXZYjc4SL71c&redir_esc=y#v=onepage&q=a%20cognitive%20model%20of%20social%20phobia&f=false

Conway, M. i Giannopoulous, C. (1993). Dysphoria and decision making: Limited information use in the evaluation of multiattribute targets. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,* 613–623.

Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levit, A. J., Toffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, 57,* 223–228.

Davidson, R. J, Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends of Cognitive Science, 3*, 11–21.

Davila, J., Beck J. G. i Buffalo, S. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy, 33*, 427-446.

Diamond, L. M. i Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion, 27*, 125−156.

Dobson, K. S. (2008). Cognitive therapy for Depression. Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity. U: M. A. Whisman (ur.). Guilford Publications. New York.

DSM 5. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (2014). Jastrebarsko: Naklada Slap.

Elliott, R., Sahakian, B. J., McKay, A. P., Herrod, J. J., Robbins, T. W. i Paykel, E. S. (1996). Neuropsychological impairments in unipolar depression: The influence of perceived failure on subsequent performance. *Psychological Medicine, 26,* 975–90.

Erceg Jugović, I. i Lauri Korajlija, A. (2012). Povezanost ispitne anksioznosti s perfekcionizmom. *Psihologijske teme 21*(2), 299-316.

Ettner, S. L., Frank, R. G. i Kessler, R. C. (1997). The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes. *Industrial and Labor Relations Review, 51,* 64-81.

Filion, G. J. (2015). The signed Kolmogorov-Smirnov test: Why it should not be used. *GigaScience, 4*(9), 1-3.

Furmark, T. (2000). *Social Phobia. From epidemiology to brain function.* Uppsala: Department of psychology, Uppsala University.

Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R. i Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry, 50,* 286-293.

Garnefski, N., Kraaij, V. i Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.* Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.

Garnefski, N., Kraaij, V. i Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30,*

1311-1327.

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T. i Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*, 603-611.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee.,J., i Van den Komer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Difference between males and females. *Personality and Individual Differences, 36,* 267-276.

Garrat, G. i Ingram R. E. (2007). Cognitive processes in cognitve therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychological Science Practice, 14,* 224-239.

Gilbert, P. i Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put – down: It is relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self – other blame. *Personality and Individual Differences, 29*, 757-774.

Gilmartin, B. (1987). Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *Journal of Personality, 55*, 467-489.

Gjerde, P. F. (1993). Depressive symptoms in young adults: A developmental perspective on gender differences. U: Funder, D.C., Parke, D. R., Tomilinson – Keasey, C.A., Widaman, K. (ur.). *Studying lives through time.* American Psychological Association, Washington DC, 255–288.

Gladstone, G. L. i Parker, G. B. (2006). Is bihevioral inhibition a risk factor for depression? *Journal of Affective Disorders, 95*, 85-94.

Gorman, J. M. (1997). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety, 4*, 160-168. New York, London.

Gotlib, I. H. (1992). Interpersonal and cognitive aspects of depression. *Current Directions in Psychological Science, 1*(5), 149-154.

Gratz, K. L. i Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Bihevioral Assessment, 26*(1), 41–54.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion, 13*(3), 359-365.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10,* 214–219.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2,* 271−299.

Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Gottestam, K. i Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12,* 590–599.

Gross, J. J. i John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well – being. Journal of *Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362.

Hackmann, A., Clark, D. M., i McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 601–610.

Harrell, T. H. i Ryon, N. B. (1983). Cognitive – behavioral assessment of depression: Clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 721-725.

Hartlage, S., Alloy, L. B. Vazquez, C. i Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin, 113*(2), 247-278.

Hautzinger, M. (2002). *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. i Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion, 1*(4), 365–380.

Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. i Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A syntetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry, 15*, 29–37.

Henry, J. D. i Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS – 21): Construct validity and normative dana in a large non – clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 227-239.

Hinrichsen, H. i Clark, D. M. (2004). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(3-4), 205-218.

Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Hollon, S. D. i Kendall, P. C. (1980). Cognitive self – statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*(4), 383-395.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. i Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 6*(1), 63-77.

Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behaviors. *Behavior Research and Therapy, 45*, 277–290.

Hope, D. A., Burns, J. A., Hayes, S. A. Herbert, J. D. i Warner, M. D. (2010). Automatic

thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy Research, 34,* 1-12.

Hope, D. A. i Heimberg, R. G. (1988). Public and private self – consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment, 52*, 626-639.

Hope, D. A. Rapee, R. M., Heimberg, R. G. i Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 177-189.

Horn, P. J. i Wuyek, L. A. (2010). Anxiety disorders as a risk factor for subsequent depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14*, 244-247.

Horwitz, A. H., Hill, R. M. i King, C. A. (2010.) Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence, 86*(5): 1-9.

Hranov, L. G. (2007). Comorbid anxiety and depression: Illumination of a contorversy. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice, 11*(3), 171-189.

Hudson, J. L. i Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24* (1), 102–129.

Hughes, A. A., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Gibb, B. E., Liebowitz, M. R. i Schneier, F. R. (2006). Relations of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1629-1641.

Ingram, R. E. (1989). Unique and shared cognitive factors in social anxiety and depression: Automatic thinking and self-appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*, 198–208.

John, O. P. i Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301–1333.

Jokić – Begić, N., Jakšić, N, Ivezi, E. i Suranyi Z. (2012). Validation of Croatian adaptation of the depression anxiety and stress scales (DASS – 21) in a clinical sample. Conference: 18th Psychology Days in Zadar. Zadar, Croatia. preuzeto: 22. 02. 2018 https://www.researchgate.net/publication/257035642_Validation_of_the_Croatian_adaptation_of_the_Depression_Anxiety_Stress_Scales_-_21_DASS 21_in_a_clinical_sample.

Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. i Garcia Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development, 55*, 2212–2225.

Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., i Loftus, E. F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research, 28*(2), 229–239.

Kashani, J. H. i Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and

adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147,* 313–318.

Kashdan, T. B. i Steger, M. F. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science, 17,* 120-128.

Kaufman, J. i Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 12(*1), 69-76.

Keefe, E. J., Brown, G. K, Wallston, K. A. i Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain, 37,* 51-56.

Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive – bihevioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal od Abnormal Child Psychology, 13,* 357-372.

Kessler, R. C. Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. i Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593-602.

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B. i Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry, 152,* 1026-1032.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. i Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 30,* 17-30.

Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 29,* 555–567.

Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.

Kovacs, M. i Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry, 135,* 525–533.

Kring, A. M. i Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. *The Regulation of Emotion*. U: P. Philippot i R. S. Feldman (ur.).Lawrence Erlbaum Associates. New York, London.

Kuebli, J., Butler, S. i Fivush, R. (1995). Mother – child talk about past emotions: Relations of maternal language and child gender over time. *Cognition and Emotion 9*(2-3), 265-283.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. i Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry, 48*, 928-935.

Last, C. G., Strauss, C. C. i Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 726-730.

Lau, M. A., Haigh, E. A. P., Christensen, B. K., Segal, Z. V. i Taube – Schiff, M. (2012). Evaluating the mood state dependence of automatic thoughts and dysfunctional attitudes in remitted versus never – depressed individuals. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26*(4), 381-389.

Ledley, D. R. i Heimberg, R. G. (2006). Cognitive vulnerability to social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25,* 755–778.

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C. i Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety – disorderd adolescents. *Journal of Adolescence, 34*, 319-326.

Lemelin, S., Baruch, P., Vincent, A., Everett, J. i Vincent, P. (1997). Distractibility and processing resource deficit in major depression: Evidence for two deficient attentional processing models. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 185,* 542–548..

Lewinsohn, P. M. i Essau, C. A. (2002). *Depression in adolescents*. U: I. H. Gotlib i C. L. Hammen (ur.). Handbook of depression (pp. 541–559). New York: Guilford Press.

Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. i Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring: A prospective – longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry, 57,* 859–866.

Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.

Lovretić, V. i Mihaljević – Peleš, A. (2013). Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju. *Socijalna psihijatrija, 41*, 109–117.

MacLeod, A. K, Byrne, A. (1996). Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 286–289.

Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme, 21*(1), 61-82.

Macuka, I., Smojver – Ažić, S. i Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja, 2*(116), 383-403.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. i Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National comorbidity survey.

Archives of General Psychiatry, 53, 159–168.

Mehrabi, A., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A. i Mohammadi, A. (2014). Emotion regulation in depression; An integrative review. *Journal of Practice in Clinical Psychology, 2*(3), 181-194.

Mialet, J.-P., Pope, H. G. i Yurgelun-Todd, D. (1996). Impaired attention in depressive states: A nonspecific deficit? *Psychological Medicine, 26*, 1009–1020.

Michelson, K. D., Kessler, R. C. i Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 1092–1106.

MKB-10: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (1994). Zagreb: Medicinska naklada.

Molnar, B., Buka, S. i Kessler, R. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91,* 753–760.

Muris, P., Mayer, B., den Adel, M., Roos, T. i van Wamelen, J. (2008). Predictors of change following cognitive – behavioral treatment of children with anxiety problems: A preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety control. *Child Psychiatry Human Development, 40,* 139-151.

Neal, J. A., Edelmann, R. J. i Glachan, M. (2002). Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social anxiety disorder? *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 361–374.

Nerdrum, P., Rustøen, T., Rønnestad, M. H. (2006). Student psychological distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research, 50*(1), 95–109.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A. i Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 305-311.

Nolen – Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–511.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 569–582.

Nolen – Hoeksema, S., Girgus, J. S., Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study, *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 405-422.

Nolen - Hoeksema, S., Wisco, B. E. i Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400−424.

Ost, L-G. i Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 439-447.

Papageorgiou, C. i Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261−273.

Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry, 135*, 555-560.

Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., Smit, J. H., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T. F. i sur. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: differences between men and women. *Journal of Affective Disorders, 105*, 63–72.

Popov, S. (2010). Relacije kognitivne emocionalne regulacije, osobina ličnosti i afektiviteta. *Primenjena psihologija, 1*, 59-76.

Pössel, P. (2011). Can Beck's theory of depression and the response style theory be integrated? *Journal of Counseling Psychology, 58*, 618–629.

Proroković, A. i Vulić – Prtorić, A. (2004). Upitnik automatskih misli. U: Proroković, A. i sur. (ur.). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika II*., Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru, 79-84.

Rapee, R. i Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737–767.

Reich, J. i Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 72-75.

Roberts, J. E., Gilboa, E. i Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 401–423.

Rogers, M. A., Kasai, K., Koji, M, Fukuda, R., Iwanami, A., Nakagome, K., Fukuda, M. i Kato, N. (2004). Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research, 50*, 1–11.

Ronan, K. R., Kendall, P. C. i Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 509-528.

Russell, G. i Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on student learning and well – being in higher education. *Journal of Mental Health, 21*(4), 375-385.

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behavior in the maintenance anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6–19.

Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12(*3), 297-312.

Schniering, C. A. i Rapee, R. M. (2004). The structure of negative self-statements in children and adolescents: A confirmatory factor-analytic approach. *Journal of Abnormal Children Psychology, 32*, 95-109.

Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A.i von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 242-247.

Shapiro, S. i Schwartz, G. (1999). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind–Body Medicine, 15*, 128−134.

Soldo, L. (2016). *Odnos privrženosti, emocionalne regulacije i simptoma anksioznosti i depresivnosti*. Diplomski rad. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.

Spurr, J. M. i Stopa, L. (2002). Self – focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review, 22*, 947–975.

Stangier, U., Clark, D. M. i Ehlers, A. (2009). *Socijalna fobija: Napredak u psihoterapiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Stein M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M, Lieb, R., Wittchen, H-U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry, 58,* 251-256.

Stein, M. B. i Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1606–1613.

Stemmler, M. i Petersen, A. C. (2005). Gender Differential Influences of Early Adolescent Risk Factors for the Development of Depressive Affect. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(3): 175-183.

Stopa, L. i Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 255–267.

Sun, Y., Tao, F., Hao, J. i Wan, Y. (2010.) The mediating effects of stress and coping on depression among adolescents in China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(3): 173-180.

Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. *Socioemotional Development, 36*, 367–467.

Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Gotlib, I. H. i Jonides, J. (2010.) Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy, 48*(6): 459-466.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L. i sur. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12,* 209–223.

Vassilopoulos, S. P. i Banarjee, R. (2008). Interpretations and judgments regarding positive and negative social scenarios in childhood social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 46,* 870-876.

Vassilopoulos, S. P. (2004). Anticipatory processing in social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32,* 285-293.

Vriends N, Becker E. S., Meyer, A., Lutz, R., Williams, S. L. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 320–337.

Vulić – Prtorić, A. (2009). Depresivnost. U: N. Jokić – Begić (ur.), *Psihosocijalne potrebe studenata* (str. 107-128). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.

Vulić – Prtorić, A. (2007). *Depresivnost u djece i adolescenata.* Jastrebarsko. Naklada Slap.

Wallace, S. T. i Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 416-424.

Weingartner, H., Cohen, R. M., Murphy, D. L., Martello, J. i Gerdt, C. (1981). Cognitive processes in depression. *Archives of General Psychiatry, 38,* 42–47.

Wenzlaff, R. M. i Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51,* 59−91.

Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M. i Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(6), 882-892.

Williams, J. M. G. i Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 144–149.

Wittchen, H. U. i Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108,* 4-18.

Wittchen, H. U., Stein, M. B. i Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine, 29,* 309–333.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J, M., Stone, A. A. i Rachmiel, T. B. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 1027- 1036.

Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, Shuai i Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 26,* 12-19.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., i Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Service, 52,* 637–643.

Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. i Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and development of subsequent alcohol use disorders: A 4 – year community study od adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 33,* 1211–1222.

9. PRILOG

Tablica 1

Prikaz rezultata faktorske analize i interkorelacija među česticama upitnika socijalne anksioznosti korištenjem metode zajedničkih faktora (N=173)

Čestica	Faktorsko zasićenje	h^2	r_{it}
1.	-.69	.47	.66
2.	-.62	.39	.58
3.	-.70	.49	.66
4.	-.74	.55	.70
5.	-.69	.48	.65
6.	-.70	.49	.66
7.	-.72	.52	.69
8.	-.71	.50	.67
9.	-.66	.44	.63
10.	-.70	.45	.63
11.	-.61	.37	.57
12.	-.65	.42	.62
13.	-.62	.39	.59
14.	-.61	.37	.58
15.	-.60	.37	.58
16.	-.54	.29	.52
17.	-.65	.42	.62
18.	-.63	.40	.60
19.	-.64	.41	.61
20.	-.62	.38	.59
21.	-.58	.34	.56
22.	-.64	.40	.61
23.	-.60	.36	.57
24.	-.63	.40	.61
25.	-.55	.31	.54

26.	-.46	.21	.45
27.	-.45	.20	.45
28.	-.47	.22	.48
29.	-.43	.19	.44
30.	-.47	.22	.48
31.	-.46	.21	.47
32.	-.53	.28	.53
33.	-.55	.30	.55
34.	-.53	.28	.52
35.	-.49	.24	.49
36.	-.45	.20	.46
37.	-.52	.27	.53
Karakterističan korijen: 13.21 % zajedničke varijance: 36%			

Legenda: h^2- komunalitet, r_{it-} interkorelacije između čestica i ukupnog rezultata na cijelom upitniku