

Anksiozni poremećaji

Vrljičak, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:569759>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-23**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ivana Vrljičak

Anksiozni poremećaji

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu po vodstvom prof.dr.sc. Rudolf Gregurek i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018/2019.

SADRŽAJ:

1. SAŽETAK
2. SUMMARY
3. UVOD
 - 3.1. Anksiozni poremećaji
 - 3.2. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja
 - 3.3 Anksiozna osjetljivost
 - 3.4. Mjerenje anksiozne osjetljivosti
4. FOBIJA
 - 4.1. Specifična fobija
 - 4.2. Socijalna fobija
 - 4.3. Agorafobija
5. PANIČNI POREMEĆAJ
6. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ
7. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ
8. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ
9. AKUTNI STRESNI POREMEĆAJ
10. ZAKLJUČAK
11. ZAHVALE
12. LITERATURA
- 13 . ŽIVOTOPIS

1. SAŽETAK

Riječ anksioznost podrazumijeva osjećaj tjeskobe, straha, panike, uznemirenosti, zabrinutosti. To je emocija koju skoro svaka osoba doživi tijekom svog života, a najčešće se javlja kao odgovor na stres. Anksiozni poremećaji su jedni od najčešćih psihijatrijskih poremećaja. Smatraju se najčešćim ne samo psihološkim već i zdravstvenim problemom sa životnom prevalencijom do čak 20-30%. U anksiozne poremećaje spadaju: fobije, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, mješoviti anksiozno-depresivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj. Za ukupno opterećenje bolestima, unutar skupine mentalnih poremećaja, anksiozni poremećaji zastupljeni su s udjelom od 13,7%. Anksiozna osjetljivost odnosi se na strahove od tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću. Ono je povezano s uvjerenjima da simptomi anksioznosti i tjelesne senzacije mogu imati teške posljedice.

Ključne riječi: Anksioznost, anksiozni poremećaji, zastupljenost, anksiozna osjetljivost

2. SUMMARY

The term anxiety refers to a feeling of anxiety, fear, panic, anxiety and worry. It is an emotion that almost every person experiences during their lifetime, and most often occurs in response to stress. Anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders. They are considered the most common not only psychological but also a health problem with a life-time prevalence of as much as 20-30%. Anxiety disorders include: phobias, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder, post-traumatic stress disorder, and acute stress disorder. Anxiety disorders accounted for about 13.7% of the global burden of mental disorders. Anxiety sensitivity is related to fears of physical sensations associated with anxiety. It is associated with beliefs that symptoms of anxiety and physical sensations might have severe consequences.

Key words: anxiety, anxiety disorders, consider, anxiety sensitivity

3. UVOD

„Anksioznost je kompleksno neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti praćeno aktivacijom autonomno živćanog sustava.“ (Petz,2005) (1).

3.1. Anksiozni poremećaji

Anksiozni poremećaji su jedni od najćećšćih psihijatrijskih poremećaja. Smatraju se najćećšćim ne samo psiholoćkim već i zdravstvenim problemom sa zastupljenosti od ćak 20-30% (2). Rijeć anksioznost podrazumijeva osjećaj tjeskobe, straha, panike, uznemirenosti, zabrinutosti. To je emocija koju skoro svaka osoba doćivi tijekom svog ćivota, a najćećšće se javlja kao odgovor na stres (3). Moće se definirati kao strah od neke nećeljene reakcije, odnosno stvarnog događaja ili osjećaj brige za događaj koji će se dogoditi u blićoj budućnosti (4). Postoje dvije vrste anksioznosti: fizioloćka i patoloćka. Fizioloćka anksioznost akutnog je tijeka i normalna je emotivna reakcija koja se javlja kod novih ili ugroćavajućih situacija. Patoloćka anksioznost kronićnog je tijeka te se javlja bez prisustva nove ili ugroćavajuće situacije (3). Strah i anksioznost usko su povezani. Strah je emocionalni odgovor na neposrednu prijetnju i viće je povezan s reakcijama bijega i/ili borbe radi izbjegavanja situacije, dok je anksioznost ponekad nerazumna ili pretjerana reakcija na trenutnu ili buduću prijetnju (5).

Anksioznost se manifestira na tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom podrućju. Na tjelesnom podrućju biljećimo brojne kardiovaskularne, gastrointestinalne i respiratorne promjene. Emocionalno podrućje praćeno je subjektivnim doćivljajem fizioloćkih promjena kao ćto su: mićićna napetost, tahikardija, osjećaj slabosti i nesigurnosti. Na kognitivnom podrućju prevladava intelektualna konfuzija koja oznaćava bitnu razliku izmeću anksioznosti i ostalih emocionalnih reakcija. Naime, kod emocionalnih reakcija imamo visoko strukturirane kognitivne sustave, dok kod anksioznosti imamo totalnu suprotnost; kognitivnu dezorganizaciju. Na bihevioralnom podrućju prevladavaju tri dominatna ponaćanja: slaba koordinacija (tremor, potpuna zakoćenost ili nespretnost; socijalno anksiozni poremećaj), stereotipije (opsesivno-kompulzivni poremećaj) i fobije (najbitnije obiljećje je izbjegavanje) (2).

Dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje predlaže šest temeljnih kategorija (DSM-IV, 1999):

- Fobije
- Panični poremećaj
- Generalizirani anksiozni poremećaj
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Posttraumatski stresni poremećaj
- Akutni stresni poremećaj (6)

Prema podacima epidemioloških studija, pojavnost paničnog poremećaja je 1,5%, općeg anksioznog poremećaja 5%, socijalne fobije 1,5-4,5%, opsesivno-kompulzivnog poremećaja 2,5%. U većini slučajeva, anksiozni poremećaji javljaju se u kormobiditetu s drugim psihičkim i anksioznim poremećajim, a najčešće je to depresija (7). Češće se javlja kod žena s omjerom 2:1 (8). Najčešće se javlja u 20-tim godinama I na prijelazu 30-tih u 40-e (9).

3.2. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja

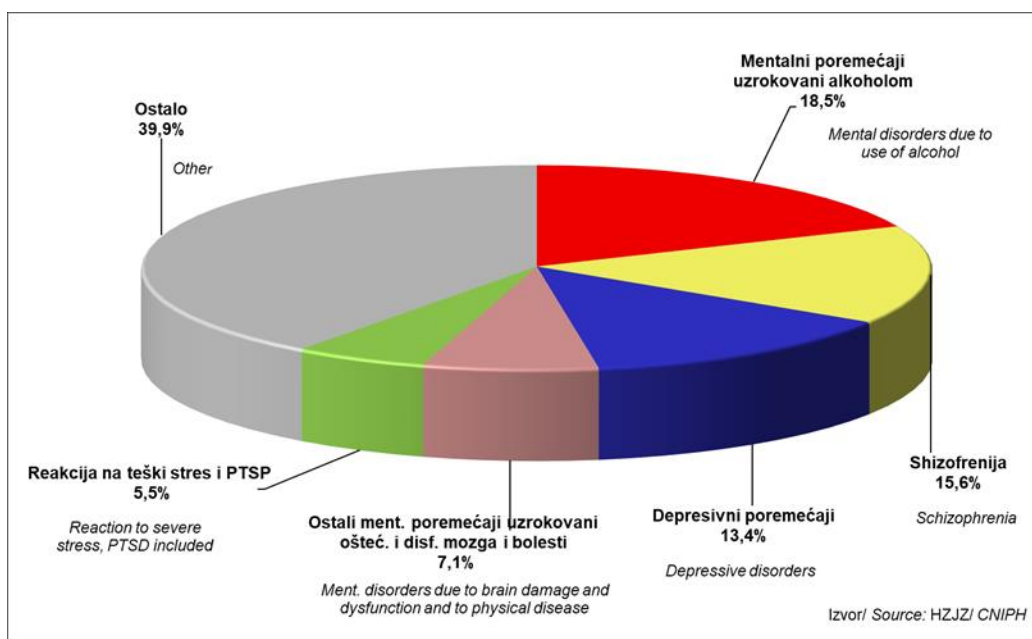
Za postavljanje dijagnoze anksioznog poremećaja potrebno je utvrditi simptome anksioznosti. Potrebno je utvrditi okolnosti u kojima se ti simptomi javljaju. Tablica 1. nam prikazuje smjernice za dijagnosticiranje anksioznog poremećaja, dok težinu poremećaja procjenjujemo na temelju socijalnog funkcioniranja, uzima li osoba psihoaktivne tvari ili ne (7).

Tablica 1. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja (MKB-10) (7).

I. Simptomi podražaja vegetativnog sustava
1. lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa
2. znojenje
3. tremor ili drhtanje tijela
4. suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom)
II. Simptomi koji se odnose na grudni koš i abdomen
1. teškoće pri disanju

2. osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja
3. bol ili nelagoda u grudnom košu
4. mučnina ili nelagoda u trbuhu (npr. bućkanje u želucu)
III. Simptomi povezani s mentalnim stanjem
1. osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti
2. osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili distanciranost osobe od sebe same ("kao da stvarno nije prisutna", derealizacija)
3. strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati
4. strah od smrti
IV. Opći simptomi
1. navala topline ili navala hladnoće
2. osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave
V. Simptomi tenzije
1. mišićna napetost i bolovi
2. fizički nemir i nemogućnost opuštanja
3. osjećaj napetosti, psihičke napetosti
4. doživljaj knedle u grlu ili teškoća gutanja
VI. Drugi nespecifični simptomi
1. pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje
2. teškoće koncentracije, kao da je mozak prazan, poteškoće u mišljenju zbog briga i anksioznosti
3. stalno prisutna razdražljivost
4. teškoće pri usnivanju zbog stalne zabrinutosti
VII.
1. crvenjenje i drhtanje
2. strah od povraćanja
3. nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti mokrenja ili defekacije

Mentalni poremećaji imaju visoku zastupljenost, započinju u mlađoj odrasloj dobi i najčešće su kroničnog tijeka. Prema DALYs-u (10) (Disability – Adjusted Life Year) koji nam govori o opterećenosti bolestima, mentalni poremećaji spadaju na 3.mjesto s udjelom 11,7% iza kardiovaskularnih i malignih bolesti. Iz skupine mentalnih poremećaja, najveću zastupljenost ima unipolarni depresivni poremećaj (43,1%) dok su anksiozni poremećaji zastupljeni s udjelom od 13,7%. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) 2016.godine broj hospitaliziranih zbog mentalnih poremećaja iznosio je 38.385. Najčešći razlozi hospitalizacije bili su: konzumiranje alkohola (18,5%), shizofrenija (15,6%), depresivni poremećaji (13,4%), mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti (7,1%) te posttraumatski stresni poremećaj (5,5%) (10).



Slika 1. Bolnički pobol zbog mentalnih/duševnih poremećaja u Hrvatskoj 2009.godine (Radić-Silobrčić, 2011) (10).

3.3. Anksiozna osjetljivost

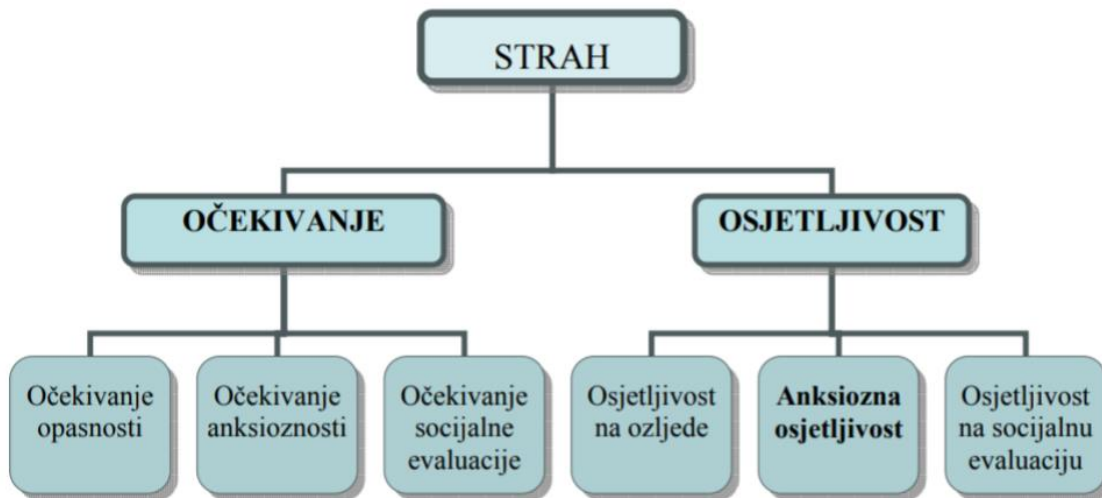
“Možemo reći da je važnije znati što osoba misli da će se dogoditi kao posljedica doživljavanja anksioznosti, nego koliko je često u zadnje vrijeme doživljavala anksioznost“ (Reiss i sur. 1986.) (11).

Anksiozna osjetljivost odnosi se na strahove od tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću. Ona je povezano s uvjerenjima da simptomi anksioznosti i tjelesne senzacije mogu imati negativne posljedice. Analizirajući povijest možemo zaključiti da su već prije postajale ideje o konstruktima koje su predstavljale temelj straha od pojavljivanja anksioznih simptoma. Naime, 1924. godine Freud je opisao strah od ponavljanja simptoma paničnog poremećaja kod osoba s tim istim poremećajem. 1945. godine Feinchelov je u svojim kliničkim opažanjima opisao strah od anksioznosti kod osoba s anksioznim poremećajem. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća, Beck i Emery, opisuju strah kod osoba kod kojih imamo učestalo javljanje intenzivnih anksioznih napadaja (12).

U svojoj teoriji Steven Reiss definirao je kako anksiozna osjetljivost predstavlja rizični faktor za razvoj različitih anksioznih poremećaja, posebice paničnih poremećaja. 2000. godine proširivši svoju teoriju, Reiss je anksioznu osjetljivost naveo kao čimbenik koji predstavlja rizik za razvoj poremećaja, poput depresije, shizofrenije, autizma. Po njegovoj teoriji razlikujemo dvije varijable motivacije za izbjegavanje objekata koji izazivaju strah; varijabla očekivanja i varijabla osjetljivosti. Varijabla očekivanja se odnosi na misli koje ima osoba kada se pojavi objekt koji izaziva strah. Varijabla osjetljivosti se odnosi na razloge zbog kojih osoba ima strah, opisujući svoj strah od nekog objekta ili situacije. Prema Reiss-u, očekivanja i osjetljivosti čine bit u razumijevanju strahova. Po tome strah promatra kroz 6 faktora:

- *Očekivanje anksioznosti* – očekivanje osobe da će u jednom trenutku postati anksiozna
- *Očekivanje opasnosti* – očekivanje ozljede ili opasnosti od neke vanjske situacije

- *Očekivanje socijalne evaluacije* – očekivanje osobe da će njene reakcije i/ili ponašanje u određenoj situaciji biti negativno shvaćene
- *Anksiozna osjetljivost* – osjetljivost osobe na anksiozne simptome
- *Osjetljivost za ozljede* – osjetljivost osobe na pomisao o ozljedi
- *Osjetljivost na socijalnu evaluaciju* – pokazivanje osjetljivosti na vrednovanje od strane drugih (12).



Slika 2. Faktori u razvoju straha prema modelu očekivanja i osjetljivosti (Reiss, 1991.) (13).

3.4. Mjerenje anksiozne osjetljivosti

Najpoznatiji mjerni instrument za mjerenje anksiozne osjetljivosti je Indeks anksiozne osjetljivosti. (Anxiety Sensitivity Index – ASI) čiji su autori S. Reiss i suradnici. Sastoji se od 16 čestica kojima se ispituje strah od javljanja simptoma anksioznosti, a zbog vjerovanja da će ti simptomi imati teške posljedice. Ovaj upitnik je korišten u velikom broju istraživanja, a značajni rezultati dobiveni su u kliničkim uzorcima. Zbog poboljšanja ASI-ja, autori Taylor i Cox (1998.) su predložili tzv. Anxiety Sensitivity Index – Revised ASI-R, proširenu verziju od 36 čestica. Goldstein i Chambless u suradnji sa svojim suradnicima razvili su Upitnik tjelesnih senzacija (Body Sensations Questionnaire – BSQ) i Upitnik agorafobičnih misli (Agoraphobic Cognitions

Questionnaire – AQC). AQC je upitnik koji se sastoji od 14 čestica u kojem se ispituju užasne misli povezane s anksioznim simptomima, dok se BSQ sastoji od 17 čestica u kojima se mjeri razina straha od tjelesnih simptoma koji se javljaju u paničnim poremećajima (12).

Osim navedenih, postoji još i Skala anksioznih simptoma i vjerovanja i Skala agorafobičnih misli. Skalu anksioznih simptoma i vjerovanja koristimo u manjem broju istraživanja. Njome ispituje respiratorne simptome, strah od gubitka kontrole te vestibularne simptome. Skalu agorafobičnih misli koristimo pri mjerenju razina koje za osobu predstavljaju neugodne zastrašujuće posljedice anksioznosti (osjećaj nesvjestice, gubitka kontrole i sl.) (12).

Kod djece i adolescenata koristi se Indeks anksiozne osjetljivosti za djecu koja je modifikacija skale za odrasle ASI. Skala mjeri osjetljivost kroz djetetovu osobnu procjenu nelagode i prijetnje prilikom javljanja anksioznih simptoma. U Hrvatskoj je korištena Skala anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja-agorafobije (APA). Sastoji se od 12 tvrdnji; 8 tvrdnji opisuju anksioznu osjetljivost, 2 tvrdnje simptome paničnog napadaja dok preostale 2 opisuju agorafobične strahove (12).

Važno je napomenuti da simptomi anksiozne osjetljivosti mogu pridonijeti objašnjavanju poremećaja somatizacije, jer simptomi poput neobjašnjive vrtoglavice, osjećaja nesigurnosti i nesvjestica karakteriziraju i anksiozne osobe i osobe s poremećajem somatizacije (12).

4. FOBIIJA

Riječ fobija dolazi od grčke riječi *phobos* – strah, bijeg. Fobija je vrsta anksioznog poremećaja koja kod pojedinaca izaziva ekstremni, iracionalni strah od određene situacije, bića, mjesta ili predmeta (14). Isto tako, fobije možemo definirati kao izbjegavanje koje prekida normalni tijek života, a uzrokovana je strahom, nerazmjerno stvarnoj opasnosti od nekog objekta ili situacije (14). Izraz “fobija” često se koristi za

označavanje straha od određenog okidača. Istraživanja su pokazala da je prevalencija fobija 5,9 fobija na 100 ljudi. Veća je kod žena (8,0) u odnosu na muškarce (3,4). Neke od fobija su:

- **klaustrofobija** (strah od zatvorenih prostora)
- **agorafobija** (strah od javnih mjesta)
- **akrofobija** (strah od visine)
- **ergaziofobija** (strah od pisanja)
- **pnigofobija** (strah od gušenja)
- **tafefobija** (strah da će se biti živ sahranjen) (13).

4.1. Specifična fobija

Specifična fobija je vrsta fobije koju možemo definirati kao neutemljeni, ekstremni strah uzrokovan zbog nazočnosti određenog objekta ili situacije. Učestalost specifičnih fobija je svega 3%. Najčešće se javlja kod žena i započinje u ranom djetinjstvu. Specifičnu fobiju možemo opisati kroz 3 komponente: strah, iščekujuća anksioznost (ako postoji mogućnost sučeljavanja s fobičnim podražajem) i izbjegavajuće ponašanje kojom osobe smanjuju anksioznost. Također, možemo je podijeliti na podtipove: fobija od životinja, insekata, injekcija, prirodnih pojava. Najranije se javljaju fobije vezane za životinje, već sa 7-godina, dok se najkasnije javlja klaustrofobija, s 20-godina. Nadalje, dok se većina oblika specifične fobije manifestira simptomima tahikardije, povišenog tlaka, drhtanja, znojenja, itd., fobija od injekcija, krvi, ozljede, kod oboljelih dovodi do vazovagalne sinkope u prisutnosti zastrašujućeg podražaja. Iako su specifične fobije jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja uopće, većina ljudi ne traži liječničku pomoć (15).

4.2. Socijalna fobija

Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija) je iracionalan strah od izloženosti promatranju i prosuđivanju drugih ljudi u raznim društvenim sredinama. Javlja se kao strah od javnog govora, predavanja i TV izjava, davanja mišljenja na sastancima, sastancima sa važnim osobama, pokazivanje znanja i vještina na ispitima, jedenje u

prisustvu nepoznatih ljudi, itd. Osoba se boji biti osramoćena i ponižena u javnosti zbog svoje nespretnosti, neiskustva ili neznanja. Ako je osoba prisiljena na fobiju situacije, doživljava snažno simptome anksioznosti (crvenilo, znojenje, drhtanje i govorni blokovi). Osoba je svjesna svog straha i tjelesnih znakova za koje vjeruje da ih drugi lako mogu primijetiti; to rezultira strahom od straha, koji pojačava izvorni strah, a može doći i do panike. To negativno utječe na njegove društvene aktivnosti i odnose, što rezultira smanjenjem kvalitetom života. Socijalni anksiozni poremećaj je najčešći anksiozni poremećaj (10-15%) i kao takav često nije prepoznat kao uzrok neuspjeha u školi i karijeri, razvoda, neobjašnjivih odbijanja dobre poslovne ponude, asocialnog života, zloupotrebe alkohola ili ovisnosti o drogama i još mnogih drugih oblika životnih neuspjeha koji su rezultat izbjegavanja fobičnih situacija. Problem neprepoznavanja poremećaja socijalne anksioznosti javlja se diljem svijeta. Prema studijama, socijalni anksiozni poremećaj javlja se učestalošću između 13,3% u SAD-u i 1-14,4% u Europi, ali prepoznavanje poremećaja u praksi je vrlo malo. Od ukupnog broja oboljelih samo njih 5% zatraži pomoć. Socijalna fobija javlja se ranije nego bilo koji drugi anksiozni poremećaj. Srednja dob početka socijalne fobije je u adolescenciji, međutim ona se može okriti i kod djece mlađe od 8 godina (16).

4.3. Agorafobija

Agorafobiju možemo definirati kao anksioznost ili strah osobe na određenom mjestu ili u situaciji iz koje bi bijeg bio težak ili u kojima pomoć ne bi mogla biti dostupna. Takvi strahovi se najčešće javljaju u određenim situacijama: kada je osoba u gužvi, kada putuje autobusom, vlakom, kada je osoba sama izvan doma. Agorafobija čini 60% svih fobija otkrivenih kliničkim pregledima. Češća je kod žena u odnosu na muškarce, a simptomi započinju u ranoj odrasloj dobi. Početak poremećaja karakteriziran je rekurentnim napadajima panike. U DSM-IV, agorafobija se može dijagnosticirati i kad postoji anamneza paničnog poremećaja. Agorafobija se u nekih ljudi razvija od napadaja panike, koji su katkad anamnestični nazočni u agorafobičnih osoba (6)

5. PANIČNI POREMEĆAJ

Panični poremećaj (PD) definira se kao nečekivani napadaj panike s popratnim simptomima kao što su: palpitacije, znojenje, drhtanje, vrtoglavica, osjećaj nedostatka zraka. Panični poremećaj može pogoršati funkciju pojedinca uz stalnu zabrinutost zbog dodatnih napadaja u svakodnevnom životu. Simptomi paničnog poremećaja:

- Palpitacija, lupanje srca ili ubrzani puls
- Znojenje
- Drhtanje ili treskavica
- Osjećaj kratkoće daha ili nedostatka zraka
- Osjećaj gušenja
- Bol ili nelagoda u prsima
- Mučnina ili želučane tegobe
- Osjećaj vrtoglavice, nesigurnost, ošamućenost ili nesvjestica
- Derealizacija (osjećaj nestvarnosti) ili depersonalizacija (osoba je odvojena od same sebe)
- Strah od gubitka kontrole ili da će poludjeti
- Strah od smrti
- Parestezija (osjećaj umrtvljenosti ili bockanja)
- Navale osjećaja topline ili hladnoće

Panični poremećaj karakterizira pojavu 4 ili više simptoma unutar 10 minuta uz pojavu naglog i intenzivnog straha. Pojavnost napadaja panike je najčešće jednom tjedno, nekad i češće i obično traje nekoliko minuta. S obzirom da je panični poremećaj, povratni poremećaj, nakon jednog napadaja panike slijedi razdoblje u kojem imamo:

- Brigu oko novih napada
- Značajnu promjenu ponašanja povezanu uz napade
- Zabrinutost oko posljedica napadaja (6).

Prevalencija PD-a kod muškaraca je 0,7%, a kod žena oko 1%. Njegov početak povezan je sa stresnim životnim događajima, a najčešće započinje u ranoj odrasloj dobi.

Isto tako, razlikujemo:

- a) **Navođene panične napadaje:** napadaji povezani s poticajima iz okoline.
- b) **Nenavođene panične napadaje:** spontani napadaji, tijekom spavanja, opuštanja...

Prema DSM-IV, panični poremećaj može se dijagnosticirati s ili bez agorafobije. Učestalost paničnog poremećaja bez agorafobije podjednaka je i kod žena i muškaraca, dok je s agorafobijom četiri puta veća kod žena (16).

6. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) definira se kao zabrinuto razmišljanje o svakodnevnim životnim situacijama. Kod osoba s GAP-om, simptomi anksioznosti su stalno prisutni. Takve su osobe stalno uznemirene, napete, razdražljive, žale se na otežanu koncentraciju, poremećaj spavanja i sl. (17).

Učestalost GAP-a je 3%. Češće se javlja kod žena u dobi 20-35 godina (17). Simptome GAP-a možemo podijeliti na: simptome povezanih za mentalno stanje (strah od gubitka kontrole), podražaje vegetativnog sustava (znojenje, lupanje srca) i opće simptome. Za dijagnosticiranje GAP-a potrebno je da izražena tenzija (npr. mišićna napetost, fizički nemir) i zabrinutost oko svakodnevnih životnih situacija traju najmanje nekoliko mjeseci (18). Najčešći mjerni instrumenti za mjerenje GAP-a su: Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost, Covi ljestvica, Beckova registra anksioznosti (19).

Terapija GAP-a uključuje kombinaciju lijekova s kognitivno-bihevioralnim metodama. U akutnom tretmanu mogu se koristiti benzodiazepini, dok se u kratkoročnom i dugoročnom

tretmanu koriste antidepresivi i pregabalin. Prvu liniju antidepresiva čine selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (18).

7. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP) manifestira se opsesijama i kompulzijama. Opsesije su ideje, misli i osjećaji koji se ponavljaju i ne mogu se kontrolirati. Osoba im se pokušava oduprijeti međutim, odupiranjem se povećava razvoj anksioznosti. Kompulzije su radnje i/ili ponašanja koja osoba radi da smanji napetost koju prouzrokuje opsesija. Primjeri kompulzija su: čišćenje, povjeravanje, brojanje, ispitivanje, skupljanje i sl. Učestalost OKP-a je 1,9-3,2 %. Pojavnost simptoma najčešća je između 17. i 20.godine života. U većini slučajeva opsesije se javljaju s kompulzijama dok u 19% slučajeva opsesije se javljaju bez kompulzija (19).

Dijagnosticiranje OKP-a ovisi o prisutnosti opsesija i/ili kompulzija kao i o samoj osobi. Prisutnost opsesija i/ili kompulzija mora biti barem 2 tjedna. Sama osoba mora prepoznati opsesije i/ili kompulzije kao neuvjetovani vanjski podražaj i barem jednu opsesiju prepoznati kao pretjeranu. Isto tako, mora biti prisutna barem jedan opsesija ili kompulzija kojoj se osoba neuspješno opire. Vremensko trajanje više od 1 sat dnevno smatra se klinički značajno (7). Najčešći mjerni instrument za procjenu inteziteta poremećaja je Yale-Brownov-a opsesivno-kompulzivna ljestvica (19). Najčešći komorbiditeti povezani uz OKP su: teška depresija, poremećaj u prehrani, panični poremećaj i fobije (17).

Kombinacija lijekova i kognitivno-bihevioralne psihoterapije pokazala se najučinkovitija u liječenju OKP-a. Od lijekova, najefikasniji su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, dok psihoterapija pomaže u učenju moduliranja misli. Kognitivni dio terapije pomaže smanjiti katastrofično ponašanje (20).

8. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj koji nastaje kao reakcija na stresne događaje poput tragedije, katastrofe, teške nesreće, nasilja u obitelji, ratnih trauma i sl. Početak PTSP-a, za razliku od ostalih anksioznih poremećaja, ovisi o izloženosti traumatskom događaju. Isto tako, PTSP se može definirati kao odgođena reakcija na neku stresnu situaciju koja može izazvati uznemirenost kod svake osobe (22).

Učestalost PTSP-a u općoj populaciji iznosi 1-14%. S obzirom da u Hrvatskoj nemamo zabilježen točan broj psihotraumatiziranih osoba iz rata, Vlada Republike Hrvatske, procjenjuje da je barem 1000000 ljudi bilo u izravnom doticaju ratnome stresu. S obzirom na ove brojke, pretpostavlja se da je 25-30% branitelja ima PTSP (21).

Rizični čimbenici:

- ✓ Pretraumatski čimbenici (spol, ličnost)
- ✓ Peritraumatski čimbenici (težina trauma)
- ✓ Postraumatski čimbenici (nedostatak socijalne podrške)

Simptomi PTSP-a su različiti. Kod većine ljudi koji imaju simptome, simptomi nisu prepoznati. Kod nekih se simptomi javljaju tek 6 mjeseci nakon traumatskog događaja. Dok se kod nekih simptomi javljaju unutar 3 mjeseca od traumatskog događaja i tada govorimo o akutnom PTSP-u (21).

Tablica 2. Simptomi PTSP-a prema DSM-IV klasifikaciji (21).

Ponovno proživljavanje traume (najmanje jedan simptom):
1. Aktualna i intruzivna uznemirujuća prisjećanja
2. Aktualni uznemirujući snovi
3. Ponašanje ili osjećaji kao da se događaji ponovno zbivaju
4. Intenzivni psihološki distress 5. Fiziološka reaktivnost
Izbjegavanje i povlačenje (najmanje tri simptoma):
1. Izbjegavanje misli, osjećaja i razgovora

2. Izbjegavanje podsjetnika na traumu
3. Psihogeni amnezija
4. Jako reducirani interes za aktivnosti
5. Strani i otuđujući osjećaji
6. Ograničeni afekt
7. Osjećaj uskraćene budućnosti
Pojačana pobudljivost (najmanje dva simptoma):
1. Teškoće spavanja
2. Iritabilnost ili iskazi ljutnje
3. Otežano koncentriranje
4. Hipervigilitet
5. Pojačani odgovor na trzaj

PTSP se najčešće javlja u komorbiditetu s anksioznim poremećajem, velikim depresivnim poremećajem, poremećajem ličnosti i s alkoholizmom (21). Kod liječenja PTSP-a najbitnija je edukacija kod koje najveću ulogu imaju doktori obiteljske medicine, zatim psihosocijalna i psihoterapijska podrška i psihofarmakoterapija (21).

9. AKUTNI STRESNI POREMEĆAJ

Akutni stresni poremećaj je poremećaj mentalnog zdravlja koji se može javiti odmah nakon traumatičnog događaja. Može izazvati niz psiholoških simptoma te bez prepoznavanja i/ili liječenja može dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja. Iako ima iste simptome poput PTSP-a, dijagnoza za akutni stresni događaj je različita. Kod osoba s akutnim stresnim poremećajem, simptomi se razvijaju odmah nakon traumatičnog događaja i traju najmanje 3, a najviše 30 dana. Ako osoba ima simptome duže od 30 dana, tada govorimo o PTSP-u. Simptome akutnog stresnog poremećaja možemo podijeliti u 5 kategorija:

1. **Simptomi prodora**
2. **Negativno raspoloženje** (negativne misli, loše raspoloženje)
3. **Disocijativni simptomi** (promijenjeni osjećaj stvarnosti, nedostatak svijesti o okolini)
4. **Simptomi izbjegavanja** (izbjegavanje misli, ljudi, događaja koja se povezuju s traumatičnim događajem)
5. **Simptomi uzbuđenja** (poremećaj spavanja, poremećaj koncentracije, razdražljivost) (22).

Osoba može razviti akutni stresni poremećaj u bilo kojem trenutku svog života. Međutim, neki ljudi mogu imati veći rizik od razvoja ovog stanja. Rizični čimbenici koji pojedincu mogu povećati rizik od razvoja akutnog stresnog događaja su: prethodno iskustvo s traumatičnim događajem, povijest drugih poremećaja mentalnog zdravlja, povijest disocijativnih reakcija na prošle traumatične događaje, osobe mlađe od 40 godina, žene su više sklonije razvoju akutnog stresnog poremećaja u odnosu na muškarce. Samo liječenje akutnog stresnog poremećaja se odnosi na smanjenje simptoma, poboljšanje mehanizama sprječavanja i sprječavanje razvoja PTSP-a.

Obraćanje prijateljima, obitelji i grupama za podršku također može pomoći osobi da obradi svoje osjećaje i nastavi funkcionirati nakon traumatičnog događaja (22).

10. ZAKLJUČAK

Danas, sve više mlađe populacije obolijeva od anksioznih poremećaja. Na razvoj anksioznog poremećaja utječu psihološki faktori koji dolaze iz okoline kao i sam stres. Upravo je sadašnji ubrzani način života doveo do toga da su anksiozni poremećaji postali jedni od najzastupljenijih mentalnih poremećaja današnjice posebice kod mlađe populacije. Veliku ulogu u prevenciji anksioznih poremećaja imaju liječnici obiteljske medicine koji sa svojom edukacijom i pravovremenim prepoznavanjem simptoma mogu spriječiti razvoj ozbiljnijih mentalnih poremećaja.

11. ZAHVALE

Ovim putem se zahvaljujem svom mentor, prof. dr. sc. Rudolfu Gregureku na savjetima i pomoći koju mi je pružio tijekom pisanja diplomskog rada.

Najveću zahvalu dajem svojim roditeljima, bratu i Duji koji su me motivirali i davali mi podršku tijekom mog petogodšnjeg studiranja.

Zahvaljujem se i svojim prijateljima što su uvijek bili uz mene.

12. LITERATURA

1. Petz.B., Psihologijski rječnik. Zagreb: Naklada Slap, 2005.
2. Vulić-Prtorić A. Anksiozna osjetljivost; Fenomenologija i teorije. Suvremena psihologija 2006; 9(2):171-194.
3. Poljak M, Begić D. Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. Socijalna psihijatrija 2016;44:310-329.
4. Oxford medicine online. Defining anxiety disorders 2012. Dostupno na: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/9780195173642.001.0001/med-9780195173642-chapter-10>
5. American psychiatric association. What are anxiety disorders? 2017. Dostupno na:<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
6. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM-IV priručnik za diferencijalnu dijagnostiku, Jastrebarsko: Naklada Slap; 1997. str. 170.
7. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N; Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Medix, 2007; Br.71, str 55-57.
8. Hollander E, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
9. Begić D., Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, 2010; 44:310-329.
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Odjel za mentalne poremećaje 2016. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
11. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. Behaviour Research and Therapy, 1986; 24, str.1-8.
12. Vulić-Prtorić A., Anksiozna osjetljivost: Fenomenologija i teorija, Suvremena psihologija 2006;9(2):171-194.
13. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety and panic. Clinical Psychology Review, 1991; 20, 143-144.
14. Nordqvist C. Everything you need to know about phobias. Medical news today 2017. Dostupno na: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/249347.php>

15. Hollander E, Simeon D. Concise guide to anxiety disorders, Journal of Clinical Psychiatry 2003; 64:1396-1397.
16. Filaković P, Đorđević V, Koić E, Mužinić L. Social Phobia. Psychiatric hospital. Vrapče, Zagreb.
17. Kaplan H, Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2000;1,7th.
18. Jukić V, Hotujac Lj. Povijest psihijatrije. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006;str.1-12.
19. Bajs M, Janović Š, Ivezić S, Bajs M. Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja, Medix, 2007;13(71):75-78.
20. Štrkalj S, Jurić I. Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja, Medix, 2007;13(71): 94-97.
21. Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj, Medix,2007;71.
22. Eske J. What is acute stress disorder? Medical news today, 2019. Dostupno na: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324354.php>

13. ŽIVOTOPIS:

OSOBNI PODATCI :

Ime i prezime : Ivana Vrljičak

Adresa : Put Stare Duće 10, Omiš

Država : Republika Hrvatska

Mobitel : 095/8878634

E – mail : ivanavrlijicak2208@gmail.com

Mjesto i datum rođenja : 22.08.1994, Split, Hrvatska

OBRAZOVANJE :

2009.-2013. Jezična gimnazija, Omiš

2014.-2016. Preddiplomski studij sestrinstva, Odjel za zdravstvene studije,
Sveučilište u Zadru

2017.- Diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Zagreb,
Sveučilište u Zagrebu

DODATNO ZNANJE :

Strani jezici : Engleski i Njemački jezik

Računalne sposobnosti : vrlo dobro znanje Microsoft office paketa

