

Hitna stanja u psihijatriji u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

Puljko, Nives

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:101116>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-26**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nives Puljko

**Hitna stanja u psihijatriji u ordinaciji liječnika
obiteljske medicine**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ pod vodstvom doc. dr. sc. Miroslava Hercega i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./20.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

DALY – Disability-adjusted life year; životna godina prilagođena invaliditetu

DT – Delirium tremens

GABA – gamma-aminobutyric acid; gama-aminomaslačna kiselina

MDMA – 3,4-methylenedioxy-methamphetamine; 3,4-metilenedioksi-metamfetamin

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

MNS – maligni neuroleptički sindrom

RH – Republika Hrvatska

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SZO (WHO) – Svjetska zdravstvena organizacija; World Health Organization

THC – delta-9-tetrahydrocannabinol; delta-9-tetrahidrokanabinol

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD.....	1
2. ULOGA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE U PROCJENI HITNIH PSIHIJATRIJSKIH STANJA	2
3. MENTALNI POREMEĆAJI U REPUBLICI HRVATSKOJ	7
4. HITNA STANJA U PSIHIJATRIJI.....	8
4.1. SUICIDALNO PONAŠANJE.....	8
4.2. DELIRIJ	11
4.3. INTOKSIKACIJA ALKOHOLOM	14
4.4. AKUTNA ANKSIOZNA STANJA.....	15
4.5. AKUTNA PSIHOTIČNA REAKCIJA.....	18
4.6. PSIHOMOTORNI NEMIR I AGRESIVNO PONAŠANJE (AGITACIJA)	21
4.7. MALIGNI NEUROLEPTIČKI SINDROM	24
4.8. INTOKSIKACIJA PSIHOAKTIVNIM TVARIMA (KOKAIN, OPIOIDI, KANABINOIDI)	26
5. ZAKLJUČAK.....	32
6. ZAHVALE	33
7. POPIS LITERATURE	34
8. ŽIVOTOPIS.....	41

SAŽETAK

Naslov rada: Hitna stanja u psihijatriji u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

Ime autora: Nives Puljko

Hitno stanje u psihijatriji svako je stanje koje zahtijeva neodgodivu terapijsku intervenciju, a očituje se kao akutni poremećaj mišljenja, pažnje, raspoloženja, ponašanja ili socijalnih odnosa. Znatno broj psihijatrijskih hitnih stanja javlja se u ustanovama koje nisu specijalizirane isključivo za zbrinjavanje psihijatrijskih poremećaja kao što su ordinacije liječnika obiteljske medicine. Budući da se svaki liječnik obiteljske medicine može susresti s psihijatrijskim poremećajima koji zahtijevaju hitnu intervenciju, od iznimne je važnosti postojanje primjerene stručne osposobljenosti obiteljskih liječnika u pogledu dijagnostičkih postupaka te zbrinjavanja hitnih psihijatrijskih stanja. Mogućnost zbrinjavanja određenih hitnih psihijatrijskih stanja na primarnoj razini omogućava brzi pristup psihijatrijskom tretmanu koji može spriječiti ozbiljne posljedice po zdravlje, nepotrebnu tjeskobu pacijenata i članova njihovih obitelji kao i negativne socijalne, obrazovne i profesionalne posljedice koje proizlaze iz neliječenih mentalnih stanja. Specijalistički obrazovan liječnik obiteljske medicine osposobljen je pružiti hitnu intervenciju na razini primarne zdravstvene zaštite kod bolesnika s hitnim psihijatrijskim stanjima, pri čemu je od velike pomoći poznavanje bolesnika u skrbi. Zbog svog specifičnog položaja u zdravstvenom sustavu koji obuhvaća prvi kontakt s pacijentom i kontinuirano praćenje, liječniku obiteljske medicine omogućeno je istovremeno postavljanje dijagnoze, učinkovito liječenje i praćenje bolesnika. U radu su opisana pojedina hitna stanja u psihijatriji, uz kratki pregled o etiologiji, epidemiologiji, kliničkoj slici i terapijskim mogućnostima u okviru obiteljske medicine.

Ključne riječi: *hitna stanja, obiteljski liječnik, psihijatrija, terapijske intervencije*

SUMMARY

Title: Psychiatric emergencies in general practice

Author name: Nives Puljko

An emergency in psychiatry is any condition that requires immediate therapeutic intervention and manifests as an acute disorder of thinking, attention, mood, behavior or social relationships. A significant number of psychiatric emergencies occur in institutions that do not specialize exclusively in the management of psychiatric disorders, such as family physicians. Since any family doctor can encounter psychiatric disorders that require urgent intervention, it is extremely important to have adequate professional training of family physicians in terms of diagnostic procedures and care for emergency psychiatric conditions. Having the possibility of managing certain emergencies at the primary level enables rapid access to psychiatric treatment which can prevent unnecessary anxiety of patients and their family members, as well as negative social, educational and professional consequences arising from untreated mental conditions. A specialist educated family medicine physician is trained to provide emergency intervention at the level of primary health care in patients with emergency psychiatric conditions, with knowledge of the patient in care being of great help. Due to his specific position in the health system, which includes the first contact with the patient and continuous monitoring, the family doctor is able to simultaneously diagnose, effectively treat and monitor the patient. The paper describes an individual psychiatric emergency, with a brief overview of the etiology, epidemiology, clinical picture and therapeutic possibilities within family medicine.

Key words: *emergencies, family physician, psychiatry, therapeutic interventions*

1. UVOD

Mentalno zdravlje sastavni je dio zdravlja i blagostanja, što je jasno definirala Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). Prema SZO zdravlje se definira kao „stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti“. Važna poruka ove definicije je da je mentalno zdravlje više od izostanka mentalnih poremećaja. Mentalno zdravlje je „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici“. Mentalno zdravlje je bitno kako bi kao pojedinci mogli razmišljati, osjećati i komunicirati s drugima. Prema tome, zaštita mentalnog zdravlja može se smatrati životnim interesom pojedinca i zajednice u cijelom svijetu (1).

Prema SZO svaka četvrta osoba u svijetu u nekom će trenutku biti pogođena mentalnim ili neurološkim poremećajima. Procjenjuje se da u svijetu od mentalnih poremećaja pati oko 450 milijuna ljudi, što ih svrstava među vodeće uzroke bolesti i invaliditeta (2). Mentalno zdravlje kao neodvojivi dio općeg zdravlja odražava ravnotežu između pojedinca i okoline koji omogućuje pojedincu kvalitetu življenja i okvir za funkcioniranje s ostalim pripadnicima zajednice (3). Mentalno zdravlje omogućuje pojedincu da oblikuje i održava odnose s drugima, da obavlja društvene uloge koje su karakteristične za njegovu kulturu i da uspješno upravlja emocijama. Postoji uska veza između fizičkog i mentalnog zdravlja jer jedno na drugo izravno i neizravno utječu (4).

Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi nastankom, epidemiologijom, klasifikacijom, kliničkom slikom, dijagnostikom, terapijom i sprječavanjem psihičkih poremećaja. Razvoj psihijatrije tijekom povijesti doveo je do izlaska psihijatrije iz uskih okvira i nastanka multidimenzionalne struke koja obuhvaća različita područja djelovanja uključujući hitnu, biologijsku, socijalnu, psihoterapijsku, forenzičku, dječju psihijatriju, gerontopsihijatriju i dr. Neka od tih područja imaju status subspecijalizacije. Psihijatrija promatra sve moguće čimbenike koji mogu dovesti do nastanka određenog psihijatrijskog poremećaja koristeći dijagnostičke i klasifikacijske sustave kao pomoć pri dijagnosticiranju poremećaja. Iako laboratorijska i druga medicinska obrada nije temelj dijagnoze psihijatrijskih poremećaja, ona može pomoći prilikom diferencijalno-dijagnostičkog postupka i isključivanja manje vjerojatnih

bolesti. Psihijatrija se razlikuje od ostalih medicinskih struka zbog nedovoljnog poznavanja etiologije psihičkih poremećaja i samim time zahtijevanja individualnog pristupa te podložnosti promjenama. Suvremena medicina bez psihijatrije nije potpuna i zbog povećanja morbiditeta psihijatrijskih poremećaja u populaciji postaje sve važnijim dijelom skrbi u obiteljskoj medicini i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali i ostalim područjima medicine.

Cilj psihijatrije je očuvanje i unaprjeđenje duševnog zdravlja kroz otkrivanje i liječenje psihičkih poremećaja biološkim, psihološkim i socijalnim pristupom. Ostvaren je veliki napredak u području psihijatrije, ali mnogo stvari ostaje nerazjašnjeno zbog čega je prostor za daljnji napredak i dalje otvoren (5).

Hitno stanje u psihijatriji svako je stanje koje zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć, a očituje se kao akutni poremećaj mišljenja, pažnje, raspoloženja, ponašanja ili socijalnih odnosa. Hitna stanja neposredno ugrožavaju tjelesni integritet bolesnika, odnosno remete njegovu psihosocijalnu egzistenciju i opasna su za bolesnika i/ili njegovu okolinu. U hitna stanja u psihijatriji ubrajaju se suicidalno ponašanje, delirij, intoksikacija alkoholom, akutna anksiozna stanja, akutna psihotična reakcija, psihomotorni nemir i agresivno ponašanje (agitacija), maligni neuroleptički sindrom i intoksikacija psihoaktivnim tvarima.

2. ULOGA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE U PROCJENI HITNIH PSIHIJATRIJSKIH STANJA

Dugi niz godina smatralo se da se poremećaji tjelesnog i mentalnog zdravlja pojavljuju odvojeno i kao takvi obrađivali su se u odvojenim zdravstvenim ustanovama. Danas je prevladalo shvaćanje o cjelovitosti ljudskog zdravlja te kako tjelesno i mentalno zdravlje ne postoje neovisno jedno od drugoga. Postoji velik broj interakcija tjelesnog i psihičkog zdravlja što zahtijeva poznavanje psihičkih odrednica koje sudjeluju u nastanku neke bolesti (6).

Tijekom prethodnih nekoliko desetljeća mnoge su studije potvrdile da se ljudi s mentalnim poremećajima osjećaju diskriminirano u različitim područjima svojega života. Stigma je prepoznata kao jedna od najznačajnijih prepreka prema poboljšanju

skrbi o mentalnom zdravlju jer se bolesnici ne žele obratiti liječniku, a time se ograničava mogućnost prepoznavanja i adekvatnog zbrinjavanja psihijatrijskih poremećaja (7).

Razlog postojanja stigme možemo pronaći istražujući povijest razvoja psihijatrije, kada su se psihijatrijske bolesti tumačile magičnim i mističnim načelima i kao takve su se liječile. Smatralo se da je psihijatrijski bolesnik opsjednut demonima i kao takav bio je liječen primitivnim metodama (5). Daljnji razvoj donio je nova shvaćanja i nove metode u tretiranju psihijatrijskih bolesti, ali može se reći da je postojanje stigme ostalo i dalje duboko ukorijenjeno u mislima i stavovima pojedinih ljudi. Zbog stigme i diskriminacije, mnogi psihijatrijski bolesnici nikad ne dobiju odgovarajuću dijagnozu niti tretman liječenja. Unatoč mogućnostima liječenja, gotovo dvije trećine ljudi s mentalnim poremećajem ne traži pomoć od liječnika (2).

Većina zemalja Europske Unije ima nacionalne programe borbe protiv stigme i diskriminacije zbog psihičkih bolesti. U Hrvatskoj se ishodi bolesti mogu poboljšati povezivanjem i suradnjom različitih ustanova i usluga koje će biti lako dostupne svima u zajednici te koje će biti povezane s ostalim programima i razinama skrbi za zaštitu mentalnog zdravlja. Na taj način omogućilo bi se poboljšanje u prepoznavanju i ranom liječenju mentalnih poremećaja, kao i rehabilitaciji psihičkih bolesnika (8).

Svojim položajem unutar zdravstvenog sustava primarna zdravstvena zaštita olakšava dostupnost zdravstvene zaštite, posebice osobama starije dobi i osobama koje žive u udaljenijim područjima. Primarna zdravstvena zaštita osigurava postizanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite, smanjenje nejednakosti u ostvarivanju zdravstvene skrbi i promicanje zajedničkog odlučivanja između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenta (9).

Primarna zdravstvena zaštita prvi je korak na putu prepoznavanja, postavljanja dijagnoze i započinjanja inicijalne terapije mentalnih poremećaja. Može se općenito reći da su dvije najčešće postavljene dijagnoze u obiteljskoj medicini depresija i anksioznost te se smatraju jednim od najčešćih razloga upućivanja psihijatru zbog poremećaja mentalnog zdravlja (10).

Poremećaji mentalnog zdravlja zastupljeni su s udjelom 4-5% u ukupnom broju bolesti i stanja registriranih na razini primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj (RH). Pedeset posto svih dijagnoza mentalnih poremećaja zabilježenih u

primarnoj zdravstvenoj zaštiti u RH čine neurotski poremećaji, poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji (8). Međutim, postoje dokazi koji govore u prilog slabog odaziva pacijenata u specijalističke psihijatrijske ustanove nakon upućivanja od strane obiteljskog liječnika. Razlozi su mnogobrojni i predstavljaju prepreke za pacijente, a uključuju financijsku zabrinutost, dostupnost psihijatra, neprikladnu lokaciju specijalističke ustanove i osjećaj srama. Sam osjećaj srama dovoljan je razlog da se liječnici posvete ovim pacijentima i njihovim problemima budući da poboljšanje pristupa specijalističkim ustanovama i promjena stajališta tih pacijenata prema mentalnom zdravlju može potpuno promijeniti tijek života osobe, višestruko poboljšati zdravstvene ishode i smanjiti teret koji nose liječnici obiteljske medicine (10).

Omogućavanje brzog pristupa psihijatrijskom tretmanu može spriječiti nepotrebnu patnju pacijenata i članova njihovih obitelji, kao i negativne socijalne, obrazovne i profesionalne posljedice koje proizlaze iz neliječenih mentalnih stanja. Naglasak na ranom otkrivanju i liječenju te smanjenju nepotrebnog liječenja mentalnih bolesti doveo je do povećanog interesa za puteve skrbi tih stanja. Model Goldberga i Huxleya predložen je kao okvir koji opisuje proces traženja zdravstvene zaštite u sklopu liječenja mentalnih poremećaja. Model opisuje obrasce prepoznavanja i liječenja mentalnih poremećaja koristeći koncept filtera koji razdvajaju različite razine zdravstvene skrbi. Ovaj model predlaže četiri filtera između pet razina skrbi, a karakteristike pacijenta, klinička obilježja i osobine liječnika te prepreke unutar zdravstvenog sustava određuju hoće li pacijent napredovati s jedne razine na drugu. Prva razina je zajednica, gdje znatan broj ljudi boluje od psihičkih tegoba. Drugu razinu čine simptomatski pojedinci koji traže pomoć od obiteljskog liječnika. Treća razina obuhvaća dijagnosticiranje psihičkih poremećaja u okviru obiteljske medicine. Četvrta razina uključuje osobe kojima je dijagnosticiran psihijatrijski poremećaj od strane obiteljskog liječnika te koji su upućeni u specijalističku zdravstvenu ustanovu. Peta razina obuhvaća pacijente koji su zaprimljeni u bolnicu radi potrebe intenzivnije bolničke skrbi i praćenja (11).

U Republici Hrvatskoj liječnik obiteljske medicine ima ulogu „čuvara“ ulaza (engl. *gatekeeper*) u zdravstveni sustav procjenjujući potrebu upućivanja pacijenta u više razine zdravstvene skrbi ovisno o karakteristikama i potrebama pacijenta.

Kao čuvari ulaza obiteljski liječnici bolesnike u pravilu upućuju u trenutku kada procijene kako se zdravstveni problem bolesnika ne može adekvatno zbrinuti na razini primarne zdravstvene zaštite, nastojeći racionalno raspolagati sredstvima u sustavu. Ovakav način upravljanja zdravstvenim sustavom smanjuje suvišne troškove jer su nepotrebne intervencije, a samim time i duljina čekanja na zdravstvene usluge, svedene na minimum. Smatra se da liječnici obiteljske medicine najbolje poznaju svoje pacijente i mogu bolje procijeniti gdje i kako potražiti specijalističku skrb (12).

Liječnik obiteljske medicine skrbi za čovjeka kao cjelovitu osobu u njenom svakodnevnom okruženju pritom uvažavajući biološke, psihološke, socijalne, kulturne i duhovne značajke koje su karakteristične za svakog pojedinca i razlikuju se od osobe do osobe (13,14). Najčešće psihičke bolesti zbog kojih se pacijenti javljaju u ordinaciju obiteljskog liječnika su neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom. Liječnik obiteljske medicine može zbrinjavati velik dio ovih stanja temeljem svoje stručnosti i poznavanjem specifičnosti pojedinih pacijenata (15).

Zbog svog specifičnog položaja u zdravstvenom sustavu, koji obuhvaća prvi kontakt s pacijentom i kontinuirano praćenje, liječniku obiteljske medicine omogućeno je istovremeno postavljanje dijagnoze, učinkovito liječenje i praćenje bolesnika (16). Na temelju istraživanja koja su provedena u nekim ordinacijama obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj samo je manji dio upućivanja pacijenata u specijalističku psihijatrijsku službu bio opravdan (15), za razliku od Nizozemske gdje više od 90% psihijatrijskih zahtjeva rješava liječnik obiteljske medicine bez daljnjeg upućivanja (17). Najveći udio upućivanja u specijalističku zdravstvenu zaštitu bio je zbog kontrolnih pregleda, a samo manji dio pacijenata bio je upućen zbog pogoršanja postojeće bolesti ili pojave novih simptoma (15). Istraživanja pokazuju kako je najveći doprinos upućivanja u zbrinjavanju bolesnika s poremećajima mentalnog zdravlja kada obiteljski liječnik i psihijatar zajednički postavljaju indikaciju za upućivanjem (18).

Specijalistički obrazovan liječnik obiteljske medicine kompetentan je pružati trajnu skrb bolesnicima s poremećajima mentalnog zdravlja na primarnoj razini, uz prikladnu konzultaciju psihijatra sukladno zdravstvenim potrebama bolesnika unutar

modela zajedničke skrbi (engl. *shared care model*). U zbrinjavanju anksiozno-depresivnih i sličnih stanja osim medikamentne terapije mogu se primjenjivati i metode površinske psihoterapije (15). Metode koje se koriste često su samouke i ne temelje se na specifičnim smjernicama nego se oslanjaju na individualno iskustvo i motivaciju pojedinog liječnika (19).

U Norveškoj dio liječnika obiteljske medicine provodi kognitivno-bihevioralnu terapiju putem prilagođenih programa obuke za liječnike obiteljske medicine što doprinosi većoj mogućnosti liječenja psihijatrijskih stanja na primarnoj razini (20). Specijalističkom naobrazbom i trajnom edukacijom svakog liječnika obiteljske medicine moguće je unaprijediti mogućnost dijagnostike i liječenja određenih psihijatrijskih stanja na primarnoj razini. To je posebno važno prilikom dijagnostike hitnih stanja koja zahtijevaju što raniju intervenciju bez odgađanja kako bi se spasili pacijenti i druge osobe od smrtne opasnosti ili drugih ozbiljnih posljedica (15).

Procjenjuje se da je prevalencija hitnih psihijatrijskih poremećaja u nepsihijatrijskim ustanovama, kao što je ordinacija obiteljske medicine, između 10% i 60%. S obzirom na opću odbojnost javnosti prema mentalnim poremećajima, ali i način organizacije zdravstvene skrbi, početno zbrinjavanje hitnih psihijatrijskih stanja često se ne odvija u specijaliziranim psihijatrijskim ustanovama. Psihički bolesne osobe ne žele biti stigmatizirane i radi toga uglavnom posjećuju ordinacije liječnika obiteljske medicine ili hitne odjele općih bolnica. Iz navedenog proizlazi da svaki liječnik treba imati osnovno znanje o dijagnostičkim i terapijskim postupcima zbrinjavanja hitnih psihijatrijskih stanja, kao i pravnu osnovu za zbrinjavanje istih. Isti zaključak izveden je iz niza studija koje procjenjuju kako čak 60% bolesnika s psihijatrijskim poremećajima, koji su primarno zbrinuti u nepsihijatrijskim ustanovama, su neispravno dijagnosticirani i neadekvatno liječeni. Stručnost svih liječnika je važna jer akutne manifestacije psihičkih bolesti dovode do smanjenog pacijentovog uvida u svoju bolest i ograničene sposobnosti suradnje s liječnikom te ponekad zahtijevaju poduzimanje mjera koje privremeno ograničavaju pacijentovu osobnu slobodu (21).

Prilikom suočavanja s akutno psihički bolesnim osobama potrebno je verbalnim i neverbalnim ponašanjem prenijeti pacijentu stav koji će biti odraz odlučnosti, usmjerenosti na cilj, racionalnosti i empatije. Uspostavljanje individualnog pristupa kroz prijateljski, empatičan stav bitna je komponenta početnog tretmana i otvara put terapijskim postupcima koji će biti poduzeti kasnije (22).

3. MENTALNI POREMEĆAJI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Mentalno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja te predstavlja važan resurs za pojedinca i obitelji, koji omogućava funkcioniranje i interakcije ljudi u zajednici. Poremećaji mentalnog zdravlja zbog relativno visoke incidencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, narušavanja kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite predstavljaju jedan od prioritetnih poremećaja koji često zahvaćaju radno aktivno stanovništvo te značajno doprinose opterećenju bolestima. Prema provedenim istraživanjima više od 20% odrasle populacije u svijetu pati od određenog oblika poremećaja mentalnog zdravlja. Slika mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj može se smatrati preslikom mentalnog zdravlja svjetske populacije (8).

Prema procjenama SZO za ukupno opterećenje bolestima (DALYs) za Hrvatsku mentalni poremećaji zauzimaju visoko 3. mjesto, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti, s udjelom od 11,7%. DALY označava životnu godinu prilagođenu invaliditetu, a izražava se kao broj godina izgubljenih zbog lošeg zdravlja, invaliditeta ili rane smrti. Od svih mentalnih poremećaja daleko najveći postotak opterećenja otpada na unipolarne depresivne poremećaje (43,1%), a slijede ih poremećaji uzrokovani alkoholom (18,7%) te anksiozni poremećaji (13,7%) (24). Što se tiče udjela mentalnih poremećaja u ukupnom broju hospitalizacija oni u RH godinama sudjeluju s udjelom oko 6%. Najveći broj hospitalizacija je u dobi od 20 do 59 godina što ih svrstava, uz novotvorine, u vodeće uzroke bolničkog morbiditeta u radno aktivnoj dobi. Od svih uzroka hospitalizacija u 2018. godini mentalni poremećaji (šifre F00-F99) se nalaze na 9. mjestu s udjelom od 5,8%. Registrirano je 38 482 hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja, od kojih je više od 50% bilo hospitalizacija muškaraca. Otprilike 70% hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja činile su osobe srednje životne dobi. Najčešći uzroci hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u 2018. godini bili su mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom od 17,6%, shizofrenija (15,5%), depresivni poremećaji (12,1%), mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti (7,1%) te reakcije na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (6,4%). Mentalni poremećaji vodeća su

skupina i po korištenju dana bolničkog liječenja s udjelom od 20-25% zbog znatne duljine liječenja (25). Osobe s narušenim mentalnim zdravljem imaju povećan rizik obolijevanja od tjelesnih bolesti u odnosu na opću populaciju. Broj izvršenih samoubojstava u mnogim zemljama veći je od broja poginulih u prometnim nesrećama što ilustrira ugroženost mentalnog zdravlja i ukazuje na potrebu za identificiranjem ranjivih pojedinaca.

Mentalni poremećaji izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, kao i njihove okoline. Njihovo zbrinjavanje dovodi do ekonomskog opterećenja društva i zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih i zbog toga zahtijevaju što raniju identifikaciju i odgovarajući tretman (23).

4. HITNA STANJA U PSIHIJATRIJI

4.1. Suicidalno ponašanje

Suicid predstavlja važan javnozdravstveni problem u cijelom svijetu, gdje gotovo milijun ljudi godišnje počinu suicid što ga svrstava među 10 najčešćih uzroka smrti u većini zemalja. Unatoč veličini ovog javnozdravstvenog problema, čini se da društvo nije dovoljno senzibilizirano na njegovu važnost na globalnoj razini zbog čega problem suicida poprima obilježja tihe epidemije (26).

Svjetska zdravstvena organizacija kao jedan od globalnih imperativa navela je je smanjenje smrtnosti od suicida. To je dobrodošla promjena u odnosu na sveprisutne tabue koji okružuju suicidalna ponašanja. Brojna kulturološka i moralna uvjerenja o samoubojstvu, kao i nepotrebno pesimistična stajališta o mogućnosti kliničke intervencije te zbrinjavanju suicidalnih osoba sprječavaju pacijente da se sami jave i obrate za pomoć liječniku (27).

Otprilike 45% pojedinaca koji izvrše suicid konzultiraju liječnika obiteljske medicine mjesec dana prije smrti, dok manji dio njih posjeti specijalista psihijatrije u tom periodu. Doduše, rijetko postoji liječnička dokumentacija o pacijentovom pokušaju otkrivanja suicida (28).

Teško je procijeniti globalne stope suicidalnosti, budući da samo 35% zemalja koje su članice Svjetske zdravstvene organizacije ima sveobuhvatne načine registriranja i

praćenja suicida (27). Prema dostupnim podacima procjenjuje se da je stopa suicida na globalnoj razini u 2015. godini iznosila 10,7/100 000, odnosno oko 800 000 smrti godišnje zbog počinjenja suicida (26). Postoje značajne razlike u stopama suicida između regija pojedine države. Te razlike mogu se pripisati različitim ekonomskim statusom i kulturološkim razlikama (29). U razvijenim zemljama muškarci srednjih godina imaju najviše stope suicida. Međutim, rastuće stope suicida mladih predstavlja razlog za zabrinutost, a suicid je drugi vodeći uzrok smrti u osoba između 15-29 godina. U starijih osoba stope suicida su također visoke, osobito među onima s tjelesnim poremećajima, depresijom i anksioznosti. Spol je također bitan faktor u suicidalnosti – postotak pokušaja suicida među ženama je viši, ali stopa smrti od suicida viša je u muškaraca (26).

Suicid u našoj zemlji čini veliki javnozdravstveni problem. Hrvatsku su procijenili kao zemlju s visokim suicidalnim rizikom te ona na međunarodnoj ljestvici zauzima 17. mjesto (30). Tijekom prethodnih godina mijenjao se broj izvršenih samoubojstava, kao i broj samoubojstava izražen prema broju stanovnika. Od 1999. godine prisutan je trend pada samoubojstava. Najveći broj samoubojstava registriran je 1987. i 1992. godine (1.153 samoubojstava, stopa od 24,1/100.000 i 1.156 samoubojstava, stopa od 24,2/100.000). Najmanje izvršenih samoubojstava registrirano je 1995. godine (930, stopa od 19,4) te u razdoblju 2000.-2018. godine (926, stopa od 20,9 godine 2000., u odnosu na 679 samoubojstava, stopa od 16,6/100.000 2018. godine). Postoje razlike u spolnoj strukturi počinitelja samoubojstva. Veći je broj muškaraca koji su počinili samoubojstvo od broja žena u omjeru 2,2 do 3,7:1. Županije primorskog dijela Hrvatske bilježe niže stope izvršenih samoubojstava od pojedinih županija kontinentalnog dijela (31).

Identifikacija i tretman psihopatoloških stanja koja su vrlo često u pozadini suicidalnog ponašanja, kao i prevencija onih oblika ponašanja za koje je dokazano da su rizična za suicidalnost, zadaća su hitne psihijatrije, ali i svakog liječnika koji je prvi kontakt suicidalnog bolesnika (30). Od svih psihijatrijskih hitnih stanja, suicidalnost uz agitiranost najčešće se prezentira u nepsihijatrijskoj sredini, kao što su ordinacije obiteljskog liječnika gdje je potrebna što ranija intervencija (21).

Suicid je složeno ponašanje koje se ne može objasniti samo jednim uzrokom nego postoji mnogo uzročnih čimbenika koji se mogu podijeliti na razne načine: opći, individualni, biološki, sociološki, psihološki i dr. (32). Neki od rizičnih čimbenika su:

muški spol, dobna skupina iznad 45 godina, konzumiranje alkohola, sklonost nasilnom ponašanju, prethodni pokušaji suicida i prethodna hospitalizacija, pozitivna obiteljska anamneza te tjelesne bolesti (30). Gubitak važnih društvenih i osobnih funkcija također utječe na povećanje stope suicida, poput nezaposlenosti i teške tjelesne bolesti, posebice onih koje dovode do invaliditeta (33). U gotovo 95% slučajeva iza počinjenih suicida stoje psihičke bolesti poput depresije, shizofrenije, demencije, delirija, zlouporabe psihoaktivnih tvari te alkoholizma (30). Kod većine odraslih koji boluju od depresije prisutna su suicidalna promišljanja. Važno je za napomenuti da nijedan čimbenik rizika nema apsolutnu prediktivnu vrijednost, odnosno ne postoji uzročna povezanost između bilo kojeg čimbenika rizika i suicidalnog ponašanja. Suicidalnost se u etiološkom pogledu pokušava objasniti međudjelovanjem navedenih čimbenika rizika (26).

Unatoč činjenici da je samoubojstvo relativno rijedak događaj, primarna zdravstvena zaštita idealno je okruženje za prepoznavanje rizičnih pacijenata i početak neke vrste skrbi za tu ugroženu skupinu. Najveću vjerojatnost susreta sa starijim osobama koje imaju mentalne poremećaje, uključujući i one sa suicidalnim ideje, imaju upravo liječnici obiteljske medicine. Starije osobe s teškoćama mentalnog zdravlja rijetko vide specijalista psihijatrije, ali često prezentiraju probleme svom liječniku obiteljske medicine. Njemu su skloniji govoriti o svom raspoloženju i drugim aspektima svojeg mentalnog zdravlja (34).

Kako bi bili što uspješniji u prepoznavanju i liječenju suicidalnih bolesnika potrebno je intervenirati na razini primarne skrbi, škole i cijele zajednice. Znatan dio suicidalnih pacijenata javi se liječniku obiteljske medicine mjesec dana prije počinjenja suicida, ali im se rijetko dijagnosticira mentalni poremećaj. Specijalističkom izobrazbom te trajnom edukacijom liječnika obiteljske medicine osiguravaju se potrebni preduvjeti za uspješniju identifikaciju i liječenje bolesnika s depresijom koji mogu smanjiti stope suicida, uz primjerenu podršku psihijatra i model zajedničke skrbi kako bi se poboljšali ishodi pacijenata (27). Pokazalo se da zajednička zdravstvena skrb u kojoj se zbrinjavanje psihijatrijskih poremećaja nalazi na istom mjestu kao i primarna skrb pokazuje značajne benefite u usporedbi s uobičajenom skrbi u liječenju depresije i anksioznosti (35).

Prilikom susreta s potencijalno suicidalnim pacijentom najvažnije je prepoznati suicidalnost, procijeniti suicidalni rizik, postaviti kliničku dijagnozu te isključiti tjelesne

bolesti koje povisuju suicidalni rizik (30). Budući da dio suicidalnih pacijenata kontaktira svog liječnika obiteljske medicine, ovo može biti prilika za liječnike primarne zdravstvene zaštite da prepoznaju pojedince koji namjeravaju počiniti suicid i time spriječe njihovo djelovanje. Manje od trećine suicidalnih pacijenata verbalizira suicidalne ideje svojim liječnicima i zbog toga procjena suicidalnosti zahtjeva pažnju liječnika. Suicidalni rizik procjenjujemo na temelju kliničkih kriterija koji uključuju prisutnost rizičnih faktora, prethodni pokušaj suicida, ponavljane hospitalizacije u psihijatrijskim ustanovama, osjećaj bezvrijednosti, bespomoćnosti i beznadnosti (26). Bolesnik kod kojeg se postavi sumnja na moguće suicidalno ponašanje zahtijeva liječenje u bolničkim uvjetima i terapiju psihičkog poremećaja koji se nalazi u podlozi takvog ponašanja (30).

Dobra suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite uz praćenje pacijenata nakon otpusta zasigurno će poboljšati ishode pacijenata. Iz farmakoloških i psihoterapijskih intervencija, na temelju kliničkih istraživanja i prirodnih eksperimenata, proizlaze snažni dokazi koji upućuju na to da se suicid može prevenirati. Smanjenju globalne stope suicida može pridonijeti nekoliko čimbenika, poput jačanja senzibiliteta zajednice na problematiku suicida, poboljšanje javne zdravstvene politike te edukacija liječnika (27).

4.2. Delirij

Delirij je akutno, prolazno, promjenjivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti (36). Očituje se smanjenom sposobnošću fokusiranja, održavanja ili promjene pažnje zajedno s promjenom kognicije (npr. gubitak pamćenja, dezorijentacija ili poremećaji govora) i poremećajem percepcije (npr. vizualne halucinacije) (37). Smatra se hitnim stanjem u psihijatriji, internoj medicini, neurologiji i somatskim specijalnostima (30). Uzrok može biti gotovo bilo koji poremećaj, intoksikacija ili primjena lijeka (36). Među najčešće uzroke spada alkoholizam, hipertenzivna encefalopatija, hipoglikemija, hipoperfuzija mozga, hipoksemija, intrakranijalna krvarenja, meningitis, encefalitis, endokrinološke bolesti i intoksikacija lijekovima (38). Budući da se kao hitno stanje u psihijatriji ubraja alkoholni delirij, u nastavku ovog teksta opisati ćemo delirij na primjeru alkoholnog delirija.

Alkoholni delirij naziva se *delirium tremens* (DT), a pojavljuje se nakon naglog prestanka uzimanja alkohola. Smatra se teškim oblikom apstinencijskog sindroma u alkoholičara. Otprilike polovina bolesnika s poremećajima konzumacije alkohola razvije apstinencijski sindrom, ali samo manjina njih zahtijeva medicinsku pomoć (39). Od te skupine bolesnika još manji broj razvije teški oblik apstinencijskog sindroma u obliku *delirium tremensa*. Stoga DT nije baš uobičajen, čak i u ovisnika o alkoholu. Incidencija DT-a najniža je u općoj populaciji, ali je viša među pacijentima s poremećajima konzumacije alkohola. Ovisnici o alkoholu imaju veću incidenciju DT-a, ali među njima veća je kod onih koji se liječe od poremećaja ovisnosti. To je posljedica činjenice da pacijenti koji se liječe od ovisnosti pate od ozbiljnijeg stupnja ovisnosti koji neliječenjem može dovesti do trajnog narušavanja fizičkog i psihičkog zdravlja. Drugim riječima, incidencija DT-a povećava se s intenzitetom ovisnosti.

Da bi se dijagnosticirao DT pacijent mora imati delirij i biti u teškom stupnju apstinencijskog sindroma. Simptomi DT-a nastaju nekoliko dana (48-72h) nakon naglog prestanka konzumiranja velikih količina alkohola. Ovaj dugi vremenski period uzrok je postupnog pojavljivanja različitih stadija odvikavanja od alkohola. Prvi stadij je tremor koji se može primijetiti 6h od prestanka uzimanja alkohola. Nakon toga (12-24h) slijede halucinacije koje se ipak rjeđe (0,5%) susreću. Treći i glavni stadij je epileptički napadaj koji je obično grand mal tipa i može se pojaviti bilo kad poslije 24h od početka simptoma. Četvrti te posljednji stadij je *delirium tremens*, koji se ne razvija odjednom. Ovaj vremenski slijed pojavljivanja simptoma može pomoći kliničaru da zaustavi progresiju simptoma odvikavanja od alkohola tako da intervenira u što ranijoj fazi (40). Predelirantni simptomi uključuju nesanicu, noćni strah, znojenje, žeđ, opstipaciju, tremor, parestezije i osjećaj slabosti. Iako se ovakva stanja mogu zbrinuti na psihijatrijskim odjelima, pacijenti u razvijenom delirantnom stanju trebali bi se zbrinuti u jedinicama intenzivne skrbi neurologije ili interne medicine (30).

Prilikom procjene DT-a treba uzeti u obzir mnoštvo faktora, poput intenziteta simptoma apstinencije od alkohola, intenzitet delirija, procjene rizičnih faktora i ostalih komorbiditeta koji su povezani s kroničnom konzumacijom alkohola. Procjenu započinjemo uzimanjem kratkih anamnestičkih podataka kako bi se pobliže orijentirali o uzroku simptoma. Trebali bismo dobiti podatke o vrsti, količini i vremenu popijenog zadnjeg pića, prethodnoj povijesti apstinencijskih sindroma, DT-a ili uzimanju nekih drugih supstanci. Posebno treba pitati za upotrebu benzodiazepina s obzirom na to

da simptomi apstinencije od uzimanja benzodiazepina dijele zajedničke karakteristike sa simptomima odvikavanja od alkohola.

Prilikom fizikalnog pregleda potrebno je procijeniti medicinska stanja koja mogu komplicirati tijek delirija kao što su aritmije, kongestivno zatajenje srca, krvarenja u probavnom sustavu, infekcije, bolesti jetre i oštećenja živčanog sustava (40). U kliničkoj slici delirija dominiraju dezorijentiranost u vremenu i prostoru, dok je orijentacija prema sebi očuvana. Zatim slijede opća smetenost, nepovezanost misaonog toka i govora, halucinacije te sugestibilnost. Uz to se pojavljuju tremor, koji može zahvatiti cijelo tijelo, ataksija, slabost, znojenje, strah i nemir (30). Halucinacije su prisutne u manjini pacijenata s DT-om. One su obično vizualne, praćene slušnim i taktilnim fenomenima. Bolesnici obično haluciniraju male životinje, poput insekata ili bijelih miševa koji ih mogu gristi ili zavlčiti se pod kožu.

DT je kratkotrajno stanje koje uobičajeno traje 3-4 dana, ali može trajati i do 8 dana. Završava dubokim spavanjem iz kojeg se pacijent budi obično anamnestičan za većinu događaja iz razdoblja delirija (40). DT se tretira kao hitno medicinsko stanje i kao takvo zahtijeva zbrinjavanje u bolničkim uvjetima (41). Cilj liječenja simptoma odvikavanja od alkohola sprječavanje je napredovanja simptoma i priprema pacijenta za dugotrajno liječenje ovisnosti o alkoholu (42). Suprotno ovome, u DT-u kada su simptomi odvikavanja od alkohola napredovali do teške razine, liječenje je usredotočeno na ublažavanje uznemirenosti i drugih simptoma delirija te prepoznavanje i liječenje postojećih komorbiditeta i započinjanje terapije apstinencijskog sindroma (41). Liječenje uznemirenosti smanjuje rizik od nastanka ponovnog DT-a i na kraju utječe na smanjenje mortaliteta. Međutim, liječenje DT-a bilo bi nepotpuno bez istodobnog liječenja ovisnosti o alkoholu (40).

Delirantnog bolesnika potrebno je hospitalizirati i nadzirati vitalne funkcije. Treba voditi računa o elektrolitnom dizbalansu i prehrambenom deficitu (30). Potrebno je osigurati mirno i ugodno mjesto s primjerenom rasvjetom. Benzodiazepini s dugotrajnim djelovanjem, poput diazepama, temelj su liječenja DT-a. Oni imaju konstantnu razinu u serumu što pridonosi kontinuiranom olakšavanju simptoma ustezanja od alkohola. Potporno liječenje vitaminskog deficita i pripadajućih komorbiditeta od velike su važnosti i mogu utjecati na konačni ishod (40).

4.3. Intoksikacija alkoholom

Osobe koje imaju problema s alkoholom predstavljaju značajan teret u medicinskoj skrbi i njihovo liječenje složeno je i često izazovno. Velik udio slučajeva na hitnim odjelima, ali i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, čine pacijenti koji imaju problema s alkoholom (43). Iako se poremećaji povezani uz konzumaciju alkohola mogu prevenirati i liječiti, Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da čak 4 od 5 osoba koje imaju problema s konzumacijom alkohola ne primaju adekvatnu skrb i terapiju (44). Osobe koje imaju problema s konzumacijom alkohola pokazuju širok raspon problema uključujući intoksikaciju alkoholom, simptome apstinencije i agresivno ponašanje. Pored toga, često imaju čitav niz fizičkih i psihičkih problema povezanih s konzumacijom alkohola (43).

Intenzitet kliničke slike u akutnom pijanom stanju ovisi o količini konzumiranog alkohola, a manifestira se fizičkim i psihičkim simptomima ovisno o stupnju akutnog pijanstva (30). Kod rekreativnih pijanaca koncentracija alkohola u krvi od 150-250 mg/100mL očituje se klinički vidljivom intoksikacijom; koncentracije od 350 mg/100mL očituju se stuporom i komom, dok su koncentracije od 450 mg/100ml često letalne. Pojedinci koji učestalo konzumiraju alkohol skloni su razviti toleranciju na učinke alkohola i zbog toga je manje vjerojatno da će razviti simptome intoksikacije. Bolesnici s blagim do umjerenim stupnjem intoksikacije mogu biti zbrinuti na razini primarne zdravstvene skrbi, ali oni s teškim stupnjem intoksikacije trebaju biti zbrinuti na razini psihijatrijskih ili internističkih odjela.

Terapija bolesnika uključuje nadokadu tekućine, kako bi se spriječila dehidracija; inotropne lijekove ako je bolesnik hipotenzivan te oralnu glukozu za korekciju hipoglikemije. U obzir može doći i hemodijaliza ako pacijent ima visoke koncentracije alkohola u krvi, posebno ako postoje drugi metabolički poremećaji koji kompliciraju klinički tijek. Od farmakološke terapije preporuča se metadoksin koji ubrzava eliminaciju alkohola iz krvi i time dovodi do bržeg oporavka. Iako je većina pacijenata suradljiva, neki mogu biti agresivni i nasilni te time ugroziti sebe i okolinu. Glavni prioritet u takvoj situaciji osigurati je sigurnost pacijenta i medicinskog osoblja. Jednako je važno procijeniti je li pacijent agresivan zbog alkoholiziranosti ili je posrijedi neki drugi čimbenik poput ozljede ili infekcije koji mogu dodatno potaknuti agresivno ponašanje. Potrebno je pacijenta smjestiti u mirnu okolinu pazeći da oko

njega nema predmeta koje može baciti i time ozlijediti medicinsko osoblje ili sebe. Pacijentu treba ponuditi nešto za smirenje. Sedative je potrebno oprezno dozirati zbog opasnosti od predoziranja ili maskiranja drugih stanja koja utječu na moždanu funkciju. Ako je pacijent i dalje agresivan, potrebno je primijeniti intravenski haloperidol. Potom pacijenta treba nadzirati i pažljivo pratiti postoje li simptomi ustezanja od alkohola.

Osobe koje imaju problema s alkoholom izazovna su skupina liječničkoj hitnoj službi i posljedično tome njihovo je zbrinjavanje često neadekvatno. Ove pacijente trebali bi pregledati iskusniji liječnici. Postoje smjernice za zbrinjavanje ovakvih pacijenata, ali svakako trebaju biti podložne preinaci te bi se trebale koristiti kako bi olakšale primjenu najbolje terapije za pacijenta (43). Konzumacija alkohola kao rizični čimbenik tijekom cijelog života vodeći je uzrok globalnog lošeg zdravlja i prijevremene smrti što ga čini prioritetom politike i zdravstvene zaštite, da akcijama spriječi i liječi poremećaje povezane s konzumacijom alkohola (45).

4.4. Akutna anksiozna stanja

Svaka osoba tijekom svog života doživi osjećaj anksioznosti. Anksioznost je psihološko, fiziološko i ponašajno stanje potaknuto, u životinja i ljudi, stvarnom ili potencijalnom opasnosti (46). Anksioznost također može biti odraz patološkog stanja uma s obzirom da konstantan strah od nepoznatog i nerealnog dolazi iznutra. Strah i anksioznost s vremenom su postali sinonimi zbog čega ih ljudi teško razlikuju. Prema Freudu, anksioznost je strah od nepoznatog, kada osoba ne zna opisati čega se boji. Pojam straha se koristi kada je osoba sposobna opisati čega se točno boji (47). Određen stupanj anksioznosti je koristan u svakodnevnom životu jer nas informira o opasnosti, odnosno djeluje u situacijama koje nas brinu i plaše. Na taj način anksioznost nam pomaže u boljoj pripremi za situacije s kojima se svakodnevno suočavamo. Liječnik treba znati razlikovati uobičajenu anksioznost, koja se javlja kod svih ljudi, od klinički značajne anksioznosti koja se definira kao psihički poremećaj, a odnosi se na životne situacije u kojima razina straha i zabrinutosti prelazi uobičajene razine (48).

Anksioznost je praćena somatskim znakovima, kao odgovor na prekomjernu aktivnost vegetativnog živčanog sustava. Anksioznost i zabrinutost ključni su simptomi anksioznih poremećaja (49). Oni imaju velik broj simptoma koji se

međusobno preklapaju i često dolaze u komorbiditetu. Često se javljaju s drugim poremećajima poput zlouporabe psihoaktivnih supstanci, poremećaja s deficitom pažnje, bipolarnog poremećaja, poremećaja spavanja i drugih (50). Najčešće se javljaju u komorbiditetu s depresijom. Strah i zabrinutost su prisutni u svim anksioznim poremećajima, ali se mogu međusobno razlikovati po okidačima koji su ih uzrokovali (51). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (MKB-10) anksiozni poremećaji su svrstani u više podskupina, ali samo dio njih spada u hitna stanja u psihijatriji. Stanja koja se manifestiraju intenzivnom anksioznošću, strahom, panikom i raznim tjelesnim simptomima spadaju u hitna stanja u psihijatriji. Najčešće se javljaju u sklopu paničnog poremećaja s agorafobijom ili bez nje, reakcije na stres, poremećaja prilagodbe, disocijativnih poremećaja, a mogu se javiti i u sklopu drugih psihijatrijskih poremećaja (30).

Epidemiološke studije pokazuju da su anksiozni poremećaji vrlo rašireni i predstavljaju važan uzrok funkcionalnog oštećenja. Oni su najčešći mentalni poremećaji u zajednici (52). Od svih anksioznih poremećaja manje od 50% je prepoznato, a još manje je točno dijagnosticirano (53). Među anksioznim poremećajima najčešće su fobije i to jednostavna fobija te agorafobija. Panični poremećaj i opsesivno kompulzivni poremećaj rjeđi su s prevalencijom od 2%. Rezultati za socijalnu fobiju (2-16%) i generalizirani anksiozni poremećaj (3-30%) su neusklađeni (52). Prevalencija anksioznih poremećaja u žena je približno 2 puta veća nego u muškaraca. Tomu doprinose psihosocijalni čimbenici (seksualno nasilje u dječjoj dobi ili kronični stresori), genetički, neurobiološki i hormonalni čimbenici koji su vjerojatniji uzroci veće prevalencije u žena (54). Srednja dob za početak anksioznih poremećaja je 11 godina (55). Specifične fobije i separacijska anksioznost počinju ranije, oko sedme godine. Socijalne fobije započinju oko 13 godina. Agorafobija započinje oko 20 godina. Panični poremećaj započinje oko 24 godine. Generalizirani anksiozni poremećaj započinje najkasnije, srednja dob u kojoj počinje je 31 godina (54).

Prilikom procjene bolesnika koji se prezentiraju s anksioznim simptomima važno je učiniti somatsku obradu radi isključivanja tjelesnih bolesti koje mogu oponašati anksiozna stanja. Ako se dijagnosticira anksiozni poremećaj, potrebno je uključiti farmakoterapiju, primijeniti suportivne i druge psihoterapijske tehnike (30). Među najčešćim psihičkim bolestima zbog kojih se pojedinci javljaju u ordinaciju liječnika

obiteljske medicine spadaju poremećaji skupine F40-F48 koji čine neurotski i somatoformni poremećaji te poremećaji izazvani stresom (15). Ovdje, između ostalog spadaju fobije, panični poremećaj, akutna reakcija na stres i druga anksiozna stanja koja se u velikoj mjeri mogu zbrinuti na razini primarne zdravstvene zaštite (5). Skrb na primarnoj razini omogućuje istovremeno postavljanje dijagnoze, učinkovito liječenje i praćenje bolesnika i zbog tih značajki liječnik obiteljske medicine bi trebao iskoristiti priliku za uspostavljanje kvalitetnog odnosa sa psihijatrijskim bolesnikom (16).

Povjerenje između liječnika i pacijenta je nužan uvjet za izgradnju kvalitetnog odnosa koji sam po sebi može olakšati pristup pacijentu i time olakšati međusobnu suradnju. Budući da postoji mnogo skupina anksioznih stanja koja se, ovisno o težini kliničke slike, mogu prezentirati hitnim stanjem, u nastavku teksta opisat će se simptomi paničnog poremećaja i način na koji se zbrinjavaju.

Glavno obilježje paničnog poremećaja ponavljani su napadaji ozbiljne anksioznosti, odnosno paničnog straha koji obično nisu povezani s određenim situacijama te su stoga nepredvidivi. Dijagnoza se postavlja nakon što osoba doživi nekoliko ozbiljnih napadaja neočekivane anksioznosti unutar razdoblja od mjesec dana. Nakon paničnog napadaja često ostaje strah od sljedećeg napadaja koji se naziva anticipirajuća anksioznost, a pacijenti ga opisuju kao osjećaj nelagode u iščekivanju novog napadaja panike. Da bi se dijagnosticirao panični poremećaj osoba mora imati minimalno jedan od simptoma podražaja autonomnog živčanog sustava, kao što su lupanje srca, znojenje, suha usta, drhtanje tijela te tri simptoma koja su povezana s mentalnim stanjem, prsnim košem ili čine tenzijske simptome i opće simptome. Osobe imaju osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, slabosti i smušenosti što može biti praćeno strahom od gubitka kontrole (48). Bolesnici sve simptome proživljavaju intenzivno što se može manifestirati tahikardijom, tahipnejom, midrijazom, palpitacijama, osjećajem gušenja, otežanim disanjem i nagonom na mokrenje. Bolesnici imaju intenzivan strah od umiranja i gubitka razuma (30).

Terapija prvog izbora u liječenju paničnog poremećaja uključuje antidepresive iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina poput citaloprama, escitaloprama, paroksetina, fluoksetina i drugih. Benzodiazepini se mogu koristiti na početku liječenja ili prema potrebi, ali savjetuje se kratkotrajna primjena (56). Oni se često koriste kao terapija druge linije, kao hitna terapija ili u slučaju nedostatnog

odgovora na terapiju SIPPS-a (SSRI-a) (57). Ako je potrebno brzo djelovanje liječenje se može započeti klonazepamom ili alprazolamom (56). Kombinacija lijekova uz kognitivno-bihevioralnu terapiju pokazuje dobre rezultate smanjujući neutemeljene strahove i ona ponašanja koja se izbjegavaju zbog straha od ponovnog napadaja (58).

4.5. Akutna psihotična reakcija

Akutna psihotična reakcija hitno je medicinsko stanje. Uz to što je riječ o poremećaju ponašanja, može postojati opasnost za pacijenta i njegovu okolinu. Psihotična reakcija zahtjeva hitnu procjenu i zbrinjavanje. Iako je uobičajeno da u zbrinjavanju ovog stanja budu uključeni specijalisti psihijatrije, potrebno je naglasiti važnost liječnika obiteljske medicine na primarnoj razini zdravstvene zaštite jer oni započinju terapiju i u udaljenim područjima pružaju potpunu skrb.

Akutna psihoza je mentalno stanje u kojemu je razumijevanje stvarnosti narušeno što se prezentira prisutnosti psihotičnih simptoma poput deluzija, halucinacija i poremećaja raspoloženja (59). Osobe s prvom ili ponavljajućom psihotičnom epizodom često zakasne u traženju liječničke pomoći, a dio njih pomoć ne zatraži uopće. Pacijenti koji imaju nepodnošljive i uznemirujuće simptome, poput glasova ili deluzija, često dolaze liječniku. Važno je da pacijenti budu obrađeni na odgovarajući način i da im se omogući pristup zdravstvenim uslugama (60).

Rasprostranjenost psihoze neorganskog porijekla je 4,5/1000 stanovnika u općoj populaciji (61). Većina novih slučajeva nastaje u muškaraca mlađih od 30 godina i žena mlađih od 35 godina. Drugi vršak pojavnosti psihoze kod muškaraca je iznad 60 godina. Shizofrenija ima jednogodišnju prevalenciju od 3,3/1000 stanovnika (60). Područja koja su ekonomski i gospodarski siromašnija također utječu na veću pojavnost shizofrenije (62). Osobe s depresijom također mogu razviti halucinacije i deluzije u skladu s njihovim niskim raspoloženjem. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci, posebno kanabisa, povezana je s većom pojavnosti psihotičnih epizoda. Psihoza se češće javlja kod svih oblika demencije. Ostali organski uzroci psihoze su neurološki poremećaji poput epilepsije, ozljeda glave, krvarenja, tumora i infekcija. Dakle, može se reći da je akutna psihoza jedno od najčešćih hitnih psihijatrijskih stanja.

Dijagnoza akutne psihoze temelji se na kliničkim nalazima. Ne postoji laboratorijski ili radiološki testovi koji bi mogli potvrditi akutnu psihozu, ali se svakako trebaju učiniti kako bi se isključio organski uzrok psihoze (60).

Pacijenti se prezentiraju dezorganiziranim misaonim tokom, poremećajem percepcije, intenzivnim reakcijama i ponašanjem koje nije u skladu s realnošću. Akutna psihotična reakcija može se pojaviti u sklopu akutne shizofrene epizode, akutne manične epizode, velike depresivne epizode sa psihotičnim simptomima te zlouporabe psihoaktivnih tvari. Također, ne smiju se zaboraviti i organski uzroci psihoze poput raznih metaboličkih, endokrinoloških i neuroloških bolesti te postpartalne psihoze (30).

Pažljivim praćenjem psihotičnog procesa moguće je pojasniti prirodu njegovog nastanka. Važno je dobiti povjerenje pacijenta pažljivo slušajući na koji način pacijenti prezentiraju svoje simptome. Otvorena pitanja poput „Kako se osjećate u posljednje vrijeme?“ trebaju biti praćena zatvorenim pitanjima poput „Čujete li neobične zvukove ili glasove?“. Pacijenti se rijetko žale na negativne simptome poput apatije, neobičnog afekta, nedostatka brige za vlastiti izgled i osobnu higijenu. Opći izgled pacijenta i njegovo ponašanje mogu ukazivati na agresivnost kao posljedicu pozitivnih simptoma ili razdražljivost koja je odraz povišenog raspoloženja. Ukoliko su prisutni poremećaji mišljenja, govor će biti neorganiziran, a razgovor s liječnikom bit će obilježen teškoćama. Raspoloženje može biti normalno, depresivno ili povišeno. Afekt, koji označava vanjski izražaj raspoloženja, gotovo je uvijek poremećen u psihotičnih pacijenata. Važan je način na koji pacijent opisuje svoje tegobe, ali dodatne podatke o bolesniku svakako treba dobiti od njegove najuže obitelji.

Psihoze neorganskog uzroka najbolje se liječe u psihijatrijskim zdravstvenim ustanovama. Više od 70% pacijenata s akutnom psihotičnom reakcijom zaprima se u psihijatrijske bolnice unatoč dobro organiziranoj primarnoj zdravstvenoj skrbi. Sve bolnice imaju smjernice za brzo zbrinjavanje akutnih psihoza, koje također daju pregled nuspojava i komplikacija (60). Nužno je uspostaviti liječenje antipsihoticima odmah nakon postavljanja dijagnoze (30). Potrebno je ordinirati jedan antipsihotik u najnižoj efektivnoj dozi. Ako je potrebno postići sedaciju, sigurnije je koristiti benzodiazepine nego antipsihotike (60).

Razlikujemo tipične i atipične antipsihotike. Sve donedavno najčešće su se rabili tipični antipsihotici, no zbog mogućih nuspojava, ali i zbog pojave atipičnih antipsihotika, preporučuje se primjena novije generacije antipsihotika (30). Tipični antipsihotici uzrokuju ekstrapiramidne nuspojave i povećanu sekreciju prolaktina u terapijskim dozama, dok većina atipičnih antipsihotika pokazuje ove nuspojave u većim dozama. Povišena razina prolaktina je povezana sa seksualnom disfunkcijom i galaktorejom. S obzirom na štetne učinke antipsihotika, nefarmakološko liječenje trebalo bi biti dostupnije, ali njegova primjena je ograničena zbog nedostatka dovoljno treniranog osoblja. Kognitivno-bihevioralna terapija smanjuje utjecaj simptoma, a obiteljska podrška može spriječiti nastanak ponovnog javljanja psihotične epizode. Liječnici još uvijek čekaju „savršeni“ antipsihotik čija poboljšana učinkovitost neće biti narušena nuspojavama (60).

Pacijenti s psihozom su sastavni dio zajednice i redovito posjećuju svoje liječnike obiteljske medicine. Takvi pacijenti izloženi su povećanom riziku od razvoja akutne psihotične reakcije i često se javljaju svojem liječniku kada razviju psihozu. Liječnici obiteljske medicine nalaze se u idealnoj poziciji da pomognu u započinjanju inicijalne terapije, a nakon toga da osiguraju kontinuitet skrbi na duži period (59). Kod liječenja mladih ljudi s prvom psihotičnom epizodom obiteljski liječnik ključan je za olakšavanje pristupa psihijatrijskom liječenju. Oni koji potraže pomoć liječnika obiteljske medicine imaju veći vremenski interval prije nego zahtijevaju psihijatrijsku pomoć na razini sekundarne zdravstvene zaštite (11).

Otprilike 30% mladih s prvom psihotičnom epizodom u Ontariju (Kanada) dobivaju svoju dijagnozu psihoze od strane obiteljskog liječnika. Dodatnih 30% mladih koji su dobili dijagnozu psihoze na razini sekundarne ili tercijarne zdravstvene zaštite posjetili su svog liječnika obiteljske medicine u periodu 6 mjeseci prije postavljanja dijagnoze (63). Ovi podaci ukazuju na to da obiteljski liječnici mogu vidjeti mlade ljude u ranoj fazi njihove psihotične epizode kada su motiviraniji i time skloniji liječenju.

Potreba za suradnjom primarne i viših oblika zdravstvene zaštite posebno se ističe u ruralnim i udaljenim mjestima gdje nedostatak psihijatra zahtijeva veću uključenosti obiteljskih liječnika u prepoznavanju i zbrinjavanju mentalnih poremećaja (11).

4.6. Psihomotorni nemir i agresivno ponašanje (agitacija)

Uznemirenost pacijenta predstavlja značajan izazov na hitnim odjelima, okruženju u kojem medicinsko osoblje radi pod pritiskom baveći se raznolikošću hitnih medicinskih stanja. Budući da uznemirenost pacijenta ima potencijal da se pretvori u agresivno ponašanje, nužno je brzo i učinkovito zbrinjavanje ovog stanja (64).

Riječ agitacija, to jest agitiranost dolazi od latinskog *agitare* što znači micati, tjerati, poticati. Stanje psihomotorne uzbuđenosti opisuje se kao nemir, odnosno stanje unutarnje napetosti koje se ne može protumačiti vanjskim utjecajem dok se agresivnost tumači kao ponašanje koje se očituje neprijateljskim namjerama prema drugim osobama ili predmetima (30). Neki od znakova uznemirenosti uključuju koraćanje, stiskanje šaka, teškoće govora, mutizam, vikanje, udaranje po predmetima ili prijetnja drugima (65).

Etiologija agresije ili poremećaja u ponašanju je multifaktorijalna što se odražava u interakciji predisponirajućih čimbenika i karakteristika pacijenta. Uznemirenost ili ekstremna motorička aktivnost mogu biti normalan fiziološki proces povezan s određenim situacijama, ali mogu i podrazumijevati simptom osnovne bolesti. Vodeći uzroci uznemirenosti su novo okruženje, intoksikacija lijekovima i alkoholiziranost (66). Među ostale uzroke koji mogu dovesti do agitiranosti spadaju trauma, posebice ozljeda glave, sepsa, demencija, delirij, endokrinološke abnormalnosti, elektrolitski poremećaji te izloženost toksinima (67). Među ostalim uzrocima najčešća je trauma koja se klinički očituje glavoboljom, gubitkom svijesti i somnolencijom (66). Agresivno ponašanje može se javiti i u sklopu psihijatrijskih poremećaja poput psihoza, akutnih intoksikacija, manije, anksioznih poremećaja, poremećaja ličnosti i bilo kojih situacija koje ugrožavaju osobu (30).

Učestalost agresije je teško izračunati budući da se njena pojavnost razlikuje po mnogim faktorima od kojih se ne mogu svi objektivno izmjeriti. Mjesta koja su najprikladnija za procjenu agresivnog ponašanja ustanove su za dugotrajnu skrb budući da se tamo dugoročno može pratiti ponašanje pacijenata. Uzrujanost i agresivno ponašanje javlja se u 33% pacijenta s demencijom u općoj populaciji i u 80% pacijenta s demencijom smještenih u institucije za dugotrajnu skrb. Istraživanja pokazuju da je učestalost agresivnog ponašanja prisutna kod 10 do 20% osoba s intelektualnim teškoćama. Vjerojatnost pojavnosti nasilnog ponašanja veća je među

pacijentima s mentalnim teškoćama nego u općoj populaciji. Agresija je globalni problem koji nadilazi zajednice, kulture i rase.

Teško je odrediti etiologiju agitiranog ponašanja zbog njene prirode. Agitacija se pojavljuje u epizodama, nema posebnih kliničkih značajki te postoji nelinearan odnos agitacije i neurotransmitera u tijelu. Najčešće su istraživane disregulacije dopaminskog, serotoniniskog, noradrenergičkog i GABA-eričnog sustava. Sredstva koja smanjuju koncentraciju dopamina ili noradrenalina ili povećavaju koncentraciju serotonina ili GABA-e smanjuju uznemirenost, često bez obzira na etiologiju. Testosteron također ima ulogu u agresivnom ponašanju, ali razina agresije se ne mijenja tijekom puberteta kada se razina testosterona povećava. Neke studije pokazuju da su razine testosterona više u agresivnih osoba psihijatrijske i kriminalne populacije. Zaključno možemo reći da je etiologija agresivnog ponašanja multifaktorijska i etiološki se ne može objasniti jednim uzrokom.

Tijekom uznemirenosti pacijenta dobivanje anamnestičkih podataka je teško. Pojedinci koji su uznemireni često ne žele razgovarati o svojoj prošlosti, iako je početna procjena najvažnije sredstvo koje pomaže kliničaru da odredi ishod epizode (66). U pristupu agitiranoj i agresivnoj osobi važno je procijeniti potencijalnu opasnost za samog bolesnika te neposrednu ugroženost medicinskog osoblja i okoline (30). Također, bilo bi dobro da agitiranoj i agresivnoj osobi pristupaju djelatnici koji su prošli edukaciju fizičkog svladavanja bolesnika (33). Kliničar nakon pristupanja pacijentu treba pokušati uspostaviti odnos s njim kako bi pacijent znao da će se medicinsko osoblje brinuti za njega i nastojati mu pomoći. Nakon što pacijent uspostavi povjerenje prema liječniku može se započeti s ispitivanjem osobne anamneze.

Prije fizikalnog pregleda potrebno je pitati pacijenta je li u redu da ga liječnik pregleda. Potreban je oprez jer pacijenti mogu koristiti okolne predmete kako bi ozlijedili sebe ili okolinu. Fizikalni pregled treba biti ciljan i kratak. Kliničar treba pacijentu dati do znanja da ga sluša, a ne da postoji samo kako bi mu prepisao lijekove.

Cilj farmakološke terapije je smiriti pacijenta do one razine na kojoj je moguća konverzacija s njim. Pacijente koji su teže uznemireni, posebno one koji pokušavaju ozlijediti sebe ili okolinu, potrebno je privremeno uspavati (66). Preporučuje se

haloperidol kao lijek izbora za liječenje agitiranog bolesnika. Haloperidol je lijek iz skupine tipičnih antipsihotika. Njegova prednost uključuje različite načine primjene kao što je intravenski put u svrhu brzog djelovanja. Ekstrapiramidne nuspojave rjeđe su kod intravenski primijenjenog haloperidola u usporedbi s oralnom ili intramuskularnom primjenom (37). Moguća je primjena kombinacije lijekova, a najčešće se primjenjuju haloperidol te lorazepam, benzodiazepin kratkotrajnog djelovanja. Brojne studije ukazuju da je haloperidol jednako učinkovit kao i atipični antipsihotici s ili bez primjene lorazepama. Atipični antipsihotici, poput olanzapina i ziprasidona, jednako su učinkoviti kao i haloperidol s manje sedativnim učinkom, ali ti lijekovi imaju sporiji učinak i zahtijevaju višekratno doziranje. Ako je pacijent uznemiren zbog prestanka konzumiranja alkohola, preporuča se terapija benzodiazepinima umjesto antipsihoticima (66). Kada se radi o agitiranom bolesniku koji boluje od podležće psihijatrijske ili tjelesne bolesti nužna je intervencija razgovorom i farmakološkom terapijom. Bolničko liječenje i fizičko sputavanje često su potrebni (30).

Za agitirane pacijente s psihijatrijskim poremećajima koristi se monoterapija tipičnih ili atipičnih antipsihotika za kontrolu agitacije te kao početna terapija postojećeg psihijatrijskog poremećaja za koje je indicirana primjena antipsihotika. U blago uznemirenih pacijenata preporuča se oralna primjena lijekova radije nego intramuskularna. Starije osobe zahtijevaju primjenu nižih doza, obično između 25% i 50% standardne doze za odrasle (66).

Primjena lijekova nije jedini način liječenja koji može pomoći uznemirenom pacijentu. Važno je verbalno smiriti pacijenta i ukazati obitelji na važnost razumijevanja i potpore. Potrebno je uspostaviti normalan ciklus spavanja i budnosti jer poremećen ciklus može biti rizični čimbenik za manifestaciju uznemirenosti (37).

Multidisciplinarni tim neophodan je pri zbrinjavanju uznemirenog pacijenta. Takav tim uključuje neurologa, psihijatra, internista i pružatelja primarne zdravstvene skrbi, liječnika i medicinske sestre. Od iznimne je važnosti poduzeti odgovarajuće mjere opreza jer ovo stanje može dovesti do neželjenog ishoda i za pacijenta i za medicinsko osoblje (66).

4.7. Maligni neuroleptički sindrom

Maligni neuroleptički sindrom (MNS) teška je i po život opasna komplikacija liječenja antipsihoticima koju karakteriziraju vrućica, mišićni rigiditet, promjene autonomnog živčanog sustava i mentalnog statusa (68).

Procjenjuje se da je učestalost ovog sindroma između 0,01 i 0,02%, ali je u jednom trenutku bila i do 3% (69). Pad učestalosti MNS-a pripisuje se povećanoj svijesti o postajanju komplikacije i pojava atipičnih antipsihotika. Unatoč smanjenju učestalosti, MNS i dalje ostaje značajan izvor morbiditeta i mortaliteta među pacijentima koji su primali antipsihotike (68). Mortalitet kod klinički izraženog sindroma iznosi čak do 25% (70).

Iako precizni patofiziološki mehanizmi nastanka MNS-a nisu dokazani, vjeruje se da ključnu ulogu u pokretanju ovog stanja ima blokada dopaminskih receptora. Ovu hipotezu potkrepljuje nekoliko činjenica. Svi lijekovi povezani s malignim neuroleptičkim sindromom uzrokuju blokadu dopaminskih receptora. Dolazi do poboljšanog ishoda nakon primjene dopaminskih agonista poput bromokriptina. Rizik nastanka MNS-a povezan je s afinitetom lijekova za dopaminske receptore. Kod pacijenata s centralnim lezijama dopaminskog trakta primijećeno je da mogu razviti sindrome koji dijele mnoga klinička obilježja s malignim neuroleptičkim sindromom. Koncentracija metaboličkog produkta dopamina, homovanilična kiselina niska je u pacijenata s akutnim sindromom. Bez obzira na mehanizam pokretanja, patofiziologija MNS-a je vrlo složena, a uključuje kaskadu dizregulacija neurokemijskog i neuroendokrinog sustava koje kulminiraju hipermetaboličkim sindromom u završnoj fazi (68).

MNS je povezan s nekoliko nepovoljnih ishoda uključujući trajne neuropsihijatrijske komplikacije i smrt. Iako se u literaturi najčešće spominju tipični antipsihotici kao uzrok MNS-a, on može nastati i nakon primjene atipičnih antipsihotika (pa čak i drugih psihofarmaka), osobito ako se radi o polipragmaziji (71).

MNS zahvaća pacijente svih dobnih skupina. Muškarci imaju veću incidenciju nego žene jer mlađi muškarci primaju veće doze antipsihotika u odnosu na žene (72). Sindrom najčešće nastaje tijekom liječenja shizofrenije, poremećaja raspoloženja i ovisnosti, ali može se pojaviti i u odsustvu primarne psihijatrijske bolesti. Ostali čimbenici rizika su intramuskularna primjena lijekova, lijek koji se prvi put primjenjuje,

naglo povećanje doze, agitacija i dehidracija. Neki od ovih rizičnih čimbenika su posebno česti kod hospitaliziranih pacijenata s delirijem koji se rutinski liječe antipsihoticima. Budući da se ovi pojedinci najčešće liječe visokim dozama parenteralnog haloperidola, što je rizični čimbenik za nastanak MNS-a, posebno su ranjivi na ovaj štetan učinak primjene antipsihotika (71).

MNS obično se razvija unutar 4 tjedna od početka primjene antipsihotika, ali dvije trećine slučajeva nastaje unutar prvog tjedna od početka liječenja antipsihoticima. Međutim, kod nekih osoba sindrom se može razviti nakon nekoliko mjeseci ili godina primjene istih doza antipsihotika (72).

Najprepoznatljivija klinička obilježja MNS su vrućica i mišićni rigiditet. Promjena mentalnog statusa također je često kliničko obilježje. Iako ne postoji karakterističan nalaz mentalnog statusa, gotovo uvijek je prisutna njegova promjena. To može biti delirij, agitacija, somnolencija ili koma. Ostali klinički i laboratorijski nalazi mogu biti od pomoći u postavljanju dijagnoze, ali ne moraju biti uvijek prisutni: povišenje mišićnih enzima, poput kreatinin-fosfokinaze, aktiviranje simpatičkog živčanog sustava i leukocitoza (73).

Diferencijala dijagnoza od najveće je važnosti budući da je MNS dijagnoza isključenja. Centralni, sistemski i toksični uzroci hipertermije i rigiditeta moraju biti isključeni, kao i drugi uzroci rabdomiolize i promijenjenog mentalnog statusa. Zloupotreba određenih supstanci povezana je s prezentacijom simptoma sličnim malignom neuroleptičkom sindromu posebice kada se radi o kokainu i amfetaminu (posebno *ecstasy* ili MDMA). Halucinogena sredstva (npr. fenciklidin) i simptomi sustezanja od alkohola ili sedativnih hipnotika mogu uzrokovati vrućicu, autonomne promjene i ostale simptome koji mogu biti slični kliničkoj slici MNS-a (68). Točna dijagnoza je od životnog značenja. Dopaminski agonist bromokriptin ordiniran u pretpostavljenom MNS-u može pogoršati kliničku sliku serotoniniskog sindroma. S druge strane, antipsihotici ordinirani u deliriju ili pretpostavljenom serotoniniskom sindromu mogu pogoršati MNS (37).

Nužna je hospitalizacija bolesnika, odnosno liječenje u jedinicama intenzivne skrbi. Iz terapije se isključuju svi blokatori dopamina (30). Potporna skrb je temelj liječenja, a uključuje hidraciju, korekciju elektrolitne neujednačenosti i hlađenje. Benzodiazepini (npr. lorazepam 1-2 mg iv. svakih 4-6h) mogu ublažiti katatonične simptome, poput

mutizma i nepokretnosti. Bromokripin, amantadin i drugi enteralno primijenjeni agonisti dopamina mogu ubrzati oporavak i smanjiti smrtnost. Ako pacijenti ima jako razvijen mišićni rigiditet, potrebno je razmotriti ordiniranje dantrolena, mišićnog relaksansa koji umanjuje simptome i ubrzava oporavak. Ukoliko pacijent ne odgovara na farmakološku terapiju u roku 2 dana, potrebno je razmisliti o elektokonvulzivnoj terapiji (37).

Prepoznavanje i sprječavanje poznatih čimbenika rizika, isključenje medicinskih stanja koja nalikuju MNS-u, razvijanje smjernica za terapiju, obrazovanje pacijenta i obitelji čine važne točke u prevenciji i borbi protiv malignog neuroleptičkog sindroma. Potrebno je pružiti integriranu skrb orijentiranu na pacijenta koja obuhvaća suradnju pružatelja primarne zdravstvene skrbi i specijalista zaštite mentalnog zdravlja koji zajedno mogu dovesti do pozitivnih zdravstvenih ishoda (72).

4.8. Intoksikacija psihoaktivnim tvarima (kokain, opiodi, kanabinoidi)

Prema posljednjem Svjetskom izvješću o drogama objavljenom 2019. godine, u 2017. godini procijenilo se da je 5,5% svjetske populacije, odnosno 271 milijuna ljudi u dobi između 15 i 64 godine koristilo neku drogu u prethodnoj godini (2016.). Ovaj je postotak za 30% viši u odnosu na 2009. godinu. Najviše korištena droga u svijetu je kanabis, a procjenjuje se da je prethodne godine koristilo 188 milijuna ljudi. U 2017. godini 53,4 milijuna ljudi je koristilo opioide što je puno veći broj u odnosu na godinu ranije. Procjenjuje se da je globalna ilegalna proizvodnja kokaina dostigla svoj maksimum od 1976 tona u 2017. godini što je povećanje za 25% u odnosu na prethodnu godinu. Otprilike 18,1 milijuna ljudi koristilo je kokain u 2017. godini, s najvišim stopama u Sjevernoj Americi (74).

Među vodećim javnozdravstvenim problemima u Hrvatskoj, Europi i svijetu je zlouporaba droga, sa sve većim brojem novih i različitih vrsta. U 2018. godini u Hrvatskoj liječilo se manje od 7000 osoba zbog zlouporabe psihoaktivnih droga, u odnosu na prethodne godine kada je taj broj bio viši od 7000. S obzirom na spolnu strukturu, većinu liječenih osoba čine muškarci. Omjer muškaraca i žena iznosi 4,7:1,0. Raspon godina je vrlo velik, najmlađa zabilježena osoba je imala 14, a najstarija 73 godina, ali općenito se može reći da ovisnička populacija sve više stari (75).

Ovisnosti o drogama su kronična stanja, a obiteljski liječnici predstavljaju važno mjesto ulaska u zdravstveni sustav bolesnika koji boluju od ovih poremećaja (76). Manje je vjerojatno da će osobe koje konzumiraju psihoaktivne tvari primiti pomoć na razini primarne zdravstvene zaštite u odnosu na opću populaciju (77). Međutim, obiteljski liječnici nalaze se na mjestu prvog kontakta bolesnika sa zdravstvenom zaštitom i mogu iskoristiti svoj položaj za provođenje *screening* testova za ilegalnu uporabu droga, kao i provođenje brze intervencije i upućivanje na daljnje liječenje (78). Oni se nalaze u najboljem položaju za sveobuhvatno rješavanje problema koji proizlaze kao posljedica poremećaja ovisnosti, a uključuju probir, prevenciju, dijagnostiku, liječenje i prevenciju relapsa (76). Liječnici se mogu koristiti motivacijskim tehnikama intervjuiranja, poput suradnje s bolesnikom i pokazivanja empatije kako bi motivirali korisnike ilegalnih supstanci i time ih potaknuli na promjenu. Liječnik obiteljske medicine djeluje unutar zajednice gdje može uspostaviti povjerenje s korisnicima ilegalnih droga. Tako ima mogućnost da, ispitujući o trenutnoj uporabi droga, može procijeniti spremnost za liječenje ovisnosti, ali i identificirati rizične faktore koji bi pogodovali ponovnoj zlouporabi psihoaktivnih tvari (78).

Kokain je druga najčešće korištena droga u općoj populaciji. Snažno je stimulativno sredstvo središnjeg živčanog sustava i droga o kojoj se lako postane ovisan (79). Proizvodi se iz lišća biljke koke, *Erythroxylon coca* porijeklom iz Južne Amerike (80). Zlouporaba kokaina i intoksikacija je globalni problem koji dovodi do mnogih medicinskih komplikacija koje mogu rezultirati značajnim morbiditetom i mortalitetom (81).

Prema rezultatima istraživanja „Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske“ iz 2011. godine prevalencija uzimanja kokaina najviša je u dobnoj skupini između 25 i 34 godina i iznosila je 5,1%, dok se općenito među uporabom ostalih droga, kokain nalazi na četvrtom mjestu najčešće korištenih droga, nakon kanabisa, amfetamina i ecstasyja (82).

Kokain stvara lokalne anestetičke, vazokonstriktivne i simpatomimetičke učinke. Glavne toksičnosti konzumiranja kokaina rezultat su simpatomimetičkih učinaka. Kokain inhibira presinaptički povrat biogenih amina, poput noradrenalina, dopamina i serotonina u cijelom tijelu, uključujući i središnji živčani sustav. Sistemske učinke uključuju porast krvnog tlaka i pulsa. Učinci na središnji živčani sustav posljedica su

povišene razine dopamina koja proizvodi euforiju i osjećaj samopouzdanja u nižim, a agitaciju i delirij pri višim dozama. Ovisnici o kokainu susreću se s medicinskom skrbi zbog akutnih simpatomimetičkih učinaka ili zbog komplikacija koje su posljedica konzumacije kokaina.

Akutna intoksikacija manifestira se tahikardijom, hipertenzijom i agitacijom. Fizikalnim pregledom mogu se još naći midrijaza, pojačano znojenje i tahipneja. Učinci kokaina na središnji živčani sustav uključuju uznemirenost, paranoju, maniju i težak delirij. Kokain može utjecati na sve tjelesne sustave i klinička prezentacija prvenstveno ovisi o stupnju zahvaćenosti određenog organa (81).

Zbog povišenja simpatičke aktivnosti uzrokovane djelovanjem kokaina, dolazi do tahikardije, hipertenzije i povećanja sistemskog vaskularnog otpora. To dovodi do povećane srčane potrošnje kisika, dok opskrba kisikom otpada zbog koronarne vazokonstrikcije što dovodi do srčane ishemije. Najčešće srčane komplikacije koje su posljedica konzumacije kokaina su angina pectoris, infarkt miokarda, nagla srčana smrt, miokarditis, kardiomiopatija, ruptura ili disekcija aorte (83).

Akutna agitacija je najčešća prezentacija intoksikacije kokainom u bolnici. Osnova liječenja je sedacija benzodiazepinima. Uobičajeno se koristi lorazepam, intramuskularno ili intravenski u dozi od 2 mg. Za brzu kontrolu uznemirenog korisnika kokaina može se primijeniti intramuskularno midazolam u dozi od 5 mg.

Djelovanje kokaina ovisi o načinu uzimanja. Najbrži učinak nastaje prilikom udisanja kokaina, nakon 3 do 5 sekundi, a najduži efekt je prilikom intranazalne primjene s trajanjem učinka od 60 do 90 minuta (81).

U većini slučajeva liječenje intoksikacije kokainom je potpuno. Potrebno je identificirati rizične pacijente koji bi imali korist od specifičnih intervencija. Sve pacijente koji se prezentiraju simptomima akutnog koronarnog sindroma, bez rizičnih čimbenika, potrebno je pitati za konzumaciju kokaina. Ako ona postoji, liječenje se sastoji od primjene kisika, sublingvalnog nitroglicerina ili verapamila. Nitroglicerina i verapamil poništavaju hipertenziju, vazokonstrikciju i tahikardiju uzrokovanu kokainom. Kokain se često koristi i njegova upotreba nije uvijek vidljiva budući da korisnici mogu negirati konzumaciju. Često se kombiniraju druge tvari, kao što su heroin i benzodiazepini, što može prikriti neke učinke kokaina. Budući da nalokson, kao lijek izbora prilikom trovanja opijatima nosi i svoje štetne učinke koji mogu

potencirati djelovanje kokaina, potrebno je razmotriti potencijalnu korist naloksona naspram njegovih štetnih učinaka. Prilikom istodobne primjene kokaina i heroina ili benzodiazepina, upotreba naloksona ili flumazenila može biti opasna te je potrebno biti na oprezu (83).

Opijum se kroz povijest tradicionalno koristio kao prirodna baza za opioidne lijekove (84). Opijum je osušeni mliječni sok koji se dobiva iz nedozrelih glavica bijelog maka (85).

Opioidi su skupina lijekova koji ublažavaju i blokiraju daljnju bol vezanjem na opioidne receptore u mozgu i kralježničnoj moždini. Opioidi se dijele u više skupina, ovisno o njihovom načinu dobivanja. Razlikujemo endogene opioide, alkaloid opijuma, polusintetske i potpuno sintetske opioide (86).

Tijekom posljednjih nekoliko godina uporaba opioida za medicinsku i nemedicinsku uporabu neprestano raste. Najveći potrošač opioida u svijetu su Sjedinjene Američke Države što čini otprilike 80% svjetske uporabe (87).

Farmakološki učinci opioidnih lijekova, analgetika na recept ili ilegalnih droga ostvaraju se agonističkim djelovanjem na μ -opioidne receptore. U mozgu su ovi receptori visoko koncentrirani u regijama koje kontroliraju bol i sustav nagrađivanja. Oni se također nalaze u regijama mozga koje reguliraju emocije zbog čega je dugotrajno korištenje opioida često povezano s depresijom i anksioznošću. Agonističko djelovanje na opioidne receptore povezano je s inhibicijom neurona u regijama koje reguliraju disanje što rezultira respiratornom depresijom koja je glavni uzrok smrti od predoziranja.

Nakon prekida dugotrajnog korištenja opioida razvijaju se simptomi prestanka uzimanja opioida koji uključuju nesanicu, grčeve, proljev, mučninu, povraćanje, bolove u tijelu, nagli osjećaj hladnoće, trzanje pojedinih dijelova tijela, razdražljivost i tjeskobu. Svi pacijenti liječeni opioidima, ili oni koji ih zloupotrebljavaju, razvit će fizičku ovisnosti, ali simptomi se obično povlače u roku nekoliko dana do nekoliko tjedana. Korisnici pridonose daljnjem razvoju ovisnosti ako se konzumacija nastavi (88).

Prema rezultatima istraživanja „Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske“ iz 2011. godine prevalencija uzimanja heroina na uzorku od 4.756 ispitanika je iznosila 0,4% i to najviše u dobnoj skupini 35-44 godine (89).

Nakon intravenskog ubrizgavanja heroina javlja se osjećaj euforije, potpuna opuštenost i toplina, nestaje bol i napetost, isparavanje topline s kože, osjećaj težine u ekstremitetima i oslabljeno mentalno funkcioniranje. Nakon početne euforije javlja se psihomotorno usporenje ili agitacija, stanja u kojem se izmjenjuju stanje pospanosti i stanje budnosti. Redovito konzumiranje heroina dovodi do promjena u funkcioniranju mozga (30,89). Jedna od posljedica je tolerancija što znači pojavu sve slabijeg odgovora na kontinuirano korištenje. U tim slučajevima potrebno je uzeti veću količinu droge da bi se postigao isti efekt, odnosno da bi se spriječila apstinencijska kriza (5). Druga posljedica je ovisnost koju karakterizira potreba za neprestanim konzumiranjem droge kako bi se izbjegli simptomi prekida uzimanja droge (89).

Intoksikacija opijatima karakterizirana je trijasom simptoma koji se sastoji od sužene zjenice, depresije disanja i kome. Znakovi koji mogu prethoditi ovim simptomima nerazumljiv su govor, usporenost, poremećaj pažnje, izražena analgezija i hipoaktivnost (5).

Na razini primarne zdravstvene zaštite terapija intoksikacije opijatima uključuje buprenorfin (djelomični opioidni agonist) ili nalokson (opioidni antagonist) s uputom za program liječenja ovisnosti o opioidima gdje se koristi metadon ili drugi kontrolirani lijekovi prema unaprijed određenim smjernicama (76).

Kanabis je halucinogena biljna droga čiji je glavni psihoaktivni sastojak tetrahidrokanabinol (THC). Biljka kanabisa (*Cannabis sativa* L.) raste u umjerenim i tropskim područjima. Marihuana se javlja u različitim oblicima kao suho lišće, cvijet, stabiljka i sjemenka iz biljke *Cannabis sativa* (90,91).

Kanabis je najčešće korištena ilegalna droga u svijetu. Nakon prve primjene kanabisa postoji mogućnost razvoja poremećaja upotrebe i ta vjerojatnost iznosi 9%. Vjerojatnost pojave poremećaja povećava se ako osoba počne koristiti kanabis tijekom adolescencije (92).

Prema rezultatima istraživanja „Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske“ iz 2011. godine najčešće korištena ilegalna droga bila je marihuana s prevalencijom od 15,6% na 4 756 ispitanika. Najveći broj korisnika je u dobnoj skupini između 25 i 34 godina (91).

Kratkotrajno uzimanje kanabisa očituje se uzbuđenjem, slobodnim tokom ideja, pomanjkanjem procjene vremena i udaljenosti, poremećenom koordinacijom te problemima s razmišljanjem (5). Zvukovi, mirisi, okusi i opip se intenzivnije doživljavaju te osoba postaje sugestibilnija (30). Simptomi i znakovi akutne intoksikacije kanabisom uključuju povećan apetit, tahikardiju, tahipneju, visok krvni tlak, očni eritem i suha usta (92).

Mogu se pojaviti i panični poremećaji te psihotične ideje. U tom slučaju, benzodiazepini mogu smanjiti anksioznost, dok se za psihotične simptome ordiniraju antipsihotici. U nekim slučajevima intoksikacija kanabisom može uzrokovati egzacerbaciju prethodno liječene psihoze (5).

5. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je definirati hitna stanja u psihijatriji i ulogu liječnika obiteljske medicine u zbrinjavanju tih stanja. Hitno stanje u psihijatriji svako je stanje koje zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć, a koje neposredno ugrožava tjelesni integritet bolesnika i opasno je za bolesnika ili njegovu okolinu. Primarna zdravstvena zaštita osigurava postizanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite, smanjenje nejednakosti i promicanje zajedničkog odlučivanja između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenta. Zbog svog specifičnog položaja u zdravstvenom sustavu, koji obuhvaća prvi kontakt s pacijentom i kontinuirano praćenje, liječniku obiteljske medicine omogućeno je istovremeno postavljanje dijagnoze, učinkovito liječenje i praćenje bolesnika. Specijalističkom naobrazbom i trajnom edukacijom svakog liječnika obiteljske medicine moguće je unaprijediti mogućnost dijagnostike i liječenja određenih psihijatrijskih stanja na primarnoj razini. To je posebno važno prilikom dijagnostike hitnih stanja koja zahtijevaju što raniju intervenciju bez odgađanja kako bi se spasili pacijenti i druge osobe od smrtno opasnosti ili drugih ozbiljnih posljedica. Psihički bolesne osobe ne žele biti stigmatizirane i radi toga uglavnom posjećuju ordinacije liječnika obiteljske medicine ili hitne odjele općih bolnica. Iz navedenog proizlazi da svaki liječnik treba imati osnovno znanje o dijagnostičkim i terapijskim postupcima zbrinjavanja hitnih psihijatrijskih stanja, kao i pravnu osnovu za zbrinjavanje istih.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru, doc. dr. sc. Miroslavu Hercegu na pomoći i susretljivosti prilikom pisanja ovog rada, kao i za poticaj mojeg interesa za područje psihijatrije. Zahvaljujem roditeljima jer su mi omogućili studij medicine i uvijek bili moja potpora i oslonac. Zahvaljujem majci koja je uz mene proživjela sve lijepe i teške trenutke studija. Zahvaljujem sestri Tei koja mi je darovala puno trenutaka sreće i veselja tijekom studija, ali i imala razumijevanja za moje fakultetske obveze. Hvala mojim bakama i pokojnom djedu jer su uvijek bili istinski sretni zbog svakog položenog ispita. Zahvaljujem svim kolegama s faksa s kojima sam dijelila kave u Radiću, ali i mjesta u knjižnici. Zahvaljujem svim prijateljicama za svaku riječ podrške i svaki zajednički trenutak, a posebno dugogodišnjoj prijateljici Luciji, s kojom sam od malih nogu stvorila ciljeve koje smo uspjele zajedno dočekati. Hvala vam svima, jer ste me učinili osobom kakva jesam sada.

7. POPIS LITERATURE

1. WHO. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2018 [pristupljeno 28.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. WHO. Mental disorders affect one in four people [Internet]. [pristupljeno 28.04.2020.]. Dostupno na: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalno zdravlje – javnozdravstveni izazov [Internet]. 2011. [pristupljeno 25.03.2020.]. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_izazov_2011.pdf
4. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health?. Int J Soc Psychiatry. 2013; 59(1):3-4.
5. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
6. Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja [Internet]. 2010. [pristupljeno 03.05.2020.]. Dostupno na: http://www.zzjzvpz.hr/hr/sadrzaj/djelatnost/1/publikacije/psihologija_u_zastiti_mentalnog_zdravlja_Sinisa_Brlas.pdf
7. Švab V. Stigma in mental disorders: What is psychiatry able to do?. Psychiatr Danub. 2018; 30(4):172-4.
8. Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Štimac Grbić D, Čelić I, Brečić P, Silobrčić Radić M, i sur. Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. Acta Med Croatica. 2018;72:179-88.
9. Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, Kanellis P, Loza N, Rabadan-Diehl C, i sur. Grand challenges: Integrating mental health care into the non-communicable disease agenda. PLoS Med. 2013;10(5):e1001443
10. Colorafi K, Vanselow J, Nelson T. Treating anxiety and depression in primary care: Reducing barriers to access. Fam Pract Manag. 2017;24(4):11-6.
11. Anderson KK, Archie S, Booth RG, Cheng C, Lizotte D, MacDougall AG, i sur. Understanding the role of the family physician in early psychosis intervention. BJPsych Open. 2018;4(6):447-53.
12. Investopedia. Gatekeeper definition [Internet]. [pristupljeno 28.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.investopedia.com/ask/answers/08/gatekeeper.asp>

13. Katić M, Materljan E, Gmajnić R, Petric D. Izazovi obiteljske medicine u Hrvatskoj. U: Rumboldt M, Petric D, urednici. XIX. kongres obiteljske medicine. Zbornik. Dubrovnik, 2012. Dubrovnik: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2012. Str. 7-26
14. Vrhovac B. Važnost kliničke farmakologije za obiteljskog liječnika u nas. *Medicus*. 2002;11(1):7-11.
15. Ercegović J, Katić M. Značajke upućivanja bolesnika psihijatru iz ordinacije obiteljske medicine. *Med Fam Croat*. 2014; 22:7-16.
16. Blažeković-Milaković S, Bergman-Marković B, Katić M, Vrca-Botica M, Tiljak H. I kongres nastavnika opće/obiteljske medicine. *Medix*. 2010;16(86):42-3.
17. Švab V, Šubelj M, Vidmar G. Prescribing changes in anxiolytics and antidepressants in Slovenia. *Psychiatr Danub*. 2011;23(2):178-82.
18. Šimunović R, Sviben D. Radi li specijalistička služba posao obiteljskih liječnika?. U: Peti kongres društva obiteljskih doktora H.L.Z., Rovinj 2005. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora HLZ, 2005;71-80.
19. Davidsen A. Experiences of carrying out talking therapy in general practice: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns*. 2008;72(2):268-75.
20. Aschim B, Lundevall S, Martinsen EW, Frich JC. General practitioners' experiences using cognitive behavioural therapy in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(3):176-80.
21. Mavrogiorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(13):222-30.
22. Abderhalden C, Nedham I, Dassen T, Haifens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(1):44-50.
23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj [Internet]. 2018. [pristupljeno 25.03.2020.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje [Internet]. [pristupljeno 30.03.2020.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj 2018. godine [Internet]. 2018. [Pristupljeno

- 25.03.2020.]. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/01/web_ment.-poremecaji-2018.pdf
26. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*. 2017;26(2):173-183.
27. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387(10024):1227-39.
28. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, i sur. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):870-7.
29. Karlovic D, Gale R, Thaller V, i sur. Epidemiological study of suicide in Croatia (1993–2003) – comparison of Mediterranean and continental areas. *Coll Antropol*. 2005;29:519-25.
30. Degmečić D. Hitna stanja u psihijatriji. *Medicus* 2017;26(2):199-204.
31. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2019. [Internet]. 2019. [Pristupljeno 26.03.2020.]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2019/>
32. Ludwig B, Roy B, Wang Q, Birur B, Dwivedi Y. The Life Span Model of Suicide and its Neurobiological Foundation. *Front Neurosci*. 2017;11:74.
33. Hotujac LJ i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
34. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9):466.
35. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, i sur. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10:CD006525
36. MSD priručnik. Delirij [Internet]. [Pristupljeno 30.03.2020.]. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/delirij>
37. Bienvenu OJ, Neufeld KJ, Needham DM. Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2012;40(9):2662-70.
38. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin* 2017;33(3):461-519.
39. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med*. 2005;352(6):596-607.

40. Grover S, Ghosh A. Delirium tremens: Assessment and management. *J Clin Exp Hepatol*. 2018;8(4):460-470.
41. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med*. 2014;371(22):2109-13.
42. Schmidt KJ, Doshi MR, Holzhausen JM, Natavio A, Cadiz M, Winegardner JE. A review of the treatment of severe alcohol withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2016;50(5):389–401.
43. Morgan MY. Acute alcohol toxicity and withdrawal in the emergency room and medical admissions unit. *Clin Med (Lond)*. 2015;15(5):486-9.
44. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):858-66.
45. Anderson P, O'Donnell A, Kaner E. Managing alcohol use disorder in primary health care. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(11):79.
46. Schore AN. A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?. *J Am Psychoanal Assoc* 1997;45(3):807-40.
47. Gregurek R, Ražić Pavičić A, Gregurek R ml. Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog. *Soc. psihijat*. 2017;45:117-24.
48. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja *Medix*. 2007;13:56-8.
49. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus* 2017;26(2):185-191.
50. Charney DS, Redmond DE Jr. Neurobiological mechanisms in human anxiety evidence supporting central noradrenergic hyperactivity. *Neuropharmacology* 1983;22(12B):1531-6.
51. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci*. 2010;14(9):418-24.
52. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(3): 281-298.
53. Wittchen HU, Mühlig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(2):115-128.
54. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3): 327-35.

55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
56. Mimica N, Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V. Farmakološke smjernice za liječenje anksioznih poremećaja osim posttraumatskog stresnog poremećaja. *Medix*. 2007;13:60-5.
57. Serretti A, Chiesa A, Calati R, Giampaolo P, Bellodi L, De Ronchi D. Novel antidepressants and panic disorder: evidence beyond current guidelines. *Neuropsychobiology* 2011;63:1-7.
58. Ganasen KA, Ipser JC, Stein DJ. Augmentation of cognitive behavioral therapy with pharmacotherapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):687-99.
59. Keks N, Blashki G. The acutely psychotic patient – assessment and initial management. *Aust Fam Physician*. 2006;35(3):90-4.
60. Byrne P. Managing the acute psychotic episode. *BMJ*. 2007; 334(7595): 686-692.
61. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, i sur. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British national survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):774-80.
62. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia: an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(8):597-9.
63. Anderson KK, Kurdyak P. Factors associated with timely physician follow-up after a first diagnosis of psychotic disorder. *Can J Psychiatry*. 2017; 62(4): 268-77.
64. Zeller SL, Citrome L. Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *West J Emerg Med*. 2016;17(2):165-72.
65. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs* 2005;65(9):1207-22.
66. Siddiqui W, Gupta V, Huecker MR. Agitation. Florida: StatPearls Publishing; 2020.

67. Silić A, Savić A, Čulo I, Kos S, Vukojević J, Brumen D, Ostojić D. Approach to Emergencies in Schizophrenia in University Hospital "Vrapče". *Psychiatr Danub.* 2018;30(Suppl 4):203-207.
68. Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN. Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(6):870-6.
69. Stubner S, Rustenbeck E, Grohmann R, Wagner G, Engel R, Neundorfer G, i sur. Severe and uncommon involuntary movement disorders due to psychotropic drugs. *Pharmacopsychiatry* 2004;37(suppl 1):S54-S64.
70. Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, DeRoos F, Francis A, i sur. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. *J Clin Psychiatry* 2011;72(9):1222-8.
71. Seitz DP, Gill SS. Neuroleptic Malignant Syndrome Complicating Antipsychotic Treatment of Delirium or Agitation in Medical and Surgical Patients: Case Reports and A Review of the Literature. *Psychosomatics.* 2009;50(1):8-15.
72. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: A neuro-psychiatric emergency: Recognition, prevention, and management. *Asian J Psychiatr.* 2017;29:106-9.
73. Tormoehlen LM, Rusyniak DE. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome. *Handb Clin Neurol.* 2018;157:663-75.
74. UNODS. World drug report [Internet]. 2019. [Pristupljeno 11.04.2020.]. Dostupno na: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
75. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2018. godini [Internet]. [Pristupljeno 11.04.2020.]. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/02/Ovisni_2018-1-1.pdf
76. Lee J, Kresina TF, Campopiano M, Lubran R, Clark HW. Use of Pharmacotherapies in the Treatment of Alcohol Use Disorders and Opioid Dependence in Primary Care. *Biomed Res Int.* 2015;2015:137020
77. Saitz R, Mulvey KP, Samet JH. The substance-abusing patient and primary care. *Subst Abus.* 1997;18(4):187-195.
78. Visconti AJ, Sell J, Greenblatt AD. Primary Care for Persons Who Inject Drugs. *Am Fam Physician.* 2019;99(2):109-16.

79. Pitchot W, Scantamburlo G, Pinto E, Karila L. Cocaine Addiction. Rev Med Liege. 2013;68(5-6):294-7.
80. Wikipedia. Kokain [Internet]. [Pristupljeno 07.04.2020.]. Dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/Kokain>
81. Zimmerman JL. Cocaine Intoxication. Crit Care Clin. 2012;28(4):517-26.
82. Ured za suzbijanje zlouporabe droga. Kokain [Internet]. [Pristupljeno 17.04.2020.]. Dostupno na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/vrste-droga/kokain/1009>
83. Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PHJ, van den Berg TNA, Langeweg RJ, Kramers C. The Emergency Care of Cocaine Intoxications. Neth J Med. 2009;67(4):122-6.
84. Heydari M, Hashempur MH, Zargar A. Medical aspects of opium as described in Avicenna's Canon of Medicine. Acta Med Hist Adriat. 2013;11(1):101-12.
85. Hrvatska enciklopedija. Opijum [Internet]. [Pristupljeno 16.04.2020.]. Dostupno na: <https://enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=45252>
86. Wikipedia. Opioidi [Internet]. [Pristupljeno 16.04.2020.]. Dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/Opioidi>
87. Marco CA, Trautman W, Cook A, Mann D, Rasp J, Perkins O, i sur. Naloxone use among emergency department patients with opioid overdose. J Emerg Med. 2018;55(1):64-70.
88. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: A review. JAMA Psychiatry. 2019;76(2):208-216.
89. Ured za suzbijanje zlouporabe droga. Heroin [Internet]. [Pristupljeno 16.04.2020.]. Dostupno na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/vrste-droga/heroin/1010>
90. Hrvatska enciklopedija. Kanabis [Internet]. [Pristupljeno 17.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=30142>
91. Ured za suzbijanje zlouporabe droga. Marihuana / Kanabis [Internet]. [Pristupljeno 17.04.2020.]. Dostupno na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/vrste-droga/marihuana-kanabis/1013>
92. Lévesque A, Le Foll B. When and How to Treat Possible Cannabis Use Disorder. Med Clin North Am. 2018;102(4):667-681.

8. ŽIVOTOPIS

Zovem se Nives Puljko. Rođena sam 19.07.1994. u Zagrebu, gdje sam završila Osnovnu školu Tituša Brezovačkog i Gimnaziju Tituša Brezovačkog. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2013. godine.