

# Zdravstvena njega bolesnika sa anksioznim poremećajima

---

Ivčević, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:936708>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-04**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

**Završni rad br. 1516/SS/2021**

**Zdravstvena njega bolesnika s anksioznim poremećajima**

**Dora Ivčević, 2825/ 336**

**Varaždin, veljača, 2022.godine**





# Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

**Završni rad br. 1516/SS/20121**

**Zdravstvena njega bolesnika s anksioznim poremećajima**

## **Student**

Dora Ivčević, 2825/ 336

## **Mentor**

Marija Božičević, mag.med.techn.

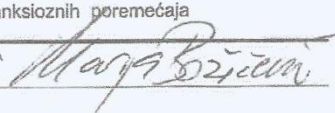
**Varaždin, veljača, 2022. godine**

## Prijava završnog rada

### Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Dora Ivčević	MATIČNI BROJ	2528/336
DATUM	16.09.2021	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika sa anksioznim poremećajima		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of patients with anxiety disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr. sc. Melita Sajko, predsjednik		
	2. Marija Božičević, v.pred., mentor		
	3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, član		
	4. Valentina Vincek, pred., zamjenski član		
	5.		

### Zadatak završnog rada

BROJ	1516/SS/2021
OPIS	<p>Anksioznost u širem smislu je automatski odgovor čovjeka na doživljaj opasnosti, u kojem prevladava osjećaj ustrašenosti i strepnje, praćen znakovima hiperaktivnosti vegetativnog živčanog sustava. Treba razlikovati uobičajenu anksioznost u svakodnevnom životu i klinički značajnu anksioznost, koja se može dijagnosticirati kao psihički odnosno anksiozni poremećaj.</p> <p>Anksiozni poremećaji su psihički poremećaji kod kojih je anksioznost toliko snažna i dugotrajna da ograničava psihološko i socijalno funkcioniranje oboljelih.</p> <p>Karakteristike anksioznih poremećaja su nagli početak, subjektivni osjećaj tjeskobe, straha i pretjerane brige, relativno očuvana radna sposobnost te prepoznavanje patoloških misli uz očuvano testiranje realiteta.</p> <p>Dijagnoza specifičnog anksioznog poremećaja postavlja se na temelju anamnestičkih podataka i instrumenata (ljestvica) za procjenu anksioznih poremećaja.</p> <p>Liječenje i zdravstvena njega oboljelih ovise o stupnju, trajanju i individualnoj procjeni koliko anksioznost utječe na kvalitetu života osobe.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- objasniti pojam: anksioznost i anksiozni poremećaji</li><li>- opisati dijagnostičke metode, kliničku sliku, liječenje</li><li>- opisati specifičnosti zdravstvene njege bolesnika oboljelih od anksioznih poremećaja</li></ul>
ZADATAK URUČEN	03.11.2021.
POTPIS MENTORA	






**IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DORA IVČEVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NEGA BOKESNIKA S ANKSIJOSNIM POREMEĆAJIMA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)


  
\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DORA IVČEVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NEGA BOKESNIKA S ANKSIJOSNIM POREMEĆAJIMA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

  
\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis)



## **Predgovor**

Zahvaljujem svima koji su pridonijeli završetku mog fakultetskog putovanja i uvelike me podupirali u tome.

Želim zahvaliti mojoj mentorici, Mariji Božičević, mag. med. techn., pred. na vremenu i trudu koji je uložila da ovo studentsko doba sretno završim.

Posebno hvala mojim roditeljima, rodbini i prijateljima, koji su dali snagu i vjeru da ne treba odustati i koji su me uvelike poticali na upornost i hrabrost na smjeru koji sam odabrala i bez kojih ovaj rad ne bi bio ovdje!



## **Sažetak**

Anksioznost u širem smislu je automatski odgovor čovjeka na doživljaj opasnosti, u kojem prevladava osjećaj ustrašenosti i strepnje, praćen znakovima hiperaktivnosti vegetativnog živčanog sustava. Treba razlikovati uobičajenu anksioznost u svakodnevnom životu i klinički značajnu anksioznost koja se može dijagnosticirati kao psihički odnosno anksiozni poremećaj. Anksiozni poremećaji su psihički poremećaji kod kojih je anksioznost toliko snažna i dugotrajna da ograničava psihološko i socijalno funkcioniranje oboljelih. Karakteristike anksioznih poremećaja su nagli početak, subjektivni osjećaj tjeskobe, straha i pretjerane brige, relativno očuvana radna sposobnost te prepoznavanje patoloških misli uz očuvano testiranje realiteta. Dijagnoza specifičnog anksioznog poremećaja predstavlja se na temelju anamnestičkih podataka i instrumenata (ljestvica) za procjenu anksioznih poremećaja. Liječenje i zdravstvena njega oboljelih ovise o stupnju, trajanju i individualnoj procjeni koliko anksioznost utječe na kvalitetu života osobe.

Ključne riječi ( anksiozni poremećaji, simptomi, liječenje)

## **Summary**

Anxiety in a broader sense is a person's automatic response to the experience of danger, in which a feeling of fear and anxiety prevails, accompanied by signs of hyperactivity of the autonomic nervous system. A distinction should be made between common anxiety in everyday life and clinically significant anxiety that can be diagnosed as a mental or anxiety disorder. Anxiety disorders are mental disorders in which anxiety is so strong and long-lasting that it limits the psychological and social functioning of sufferers. Characteristics of anxiety disorders are sudden onset, subjective feelings of anxiety, fear and excessive worry, relatively preserved working ability and recognition of pathological thoughts with preserved reality testing. The diagnosis of a specific anxiety disorder is made on the basis of anamnestic data and instruments (scales) for the assessment of anxiety disorders. The treatment and health care of patients depends on the degree, duration and individual assessment of how much anxiety affects a person's quality of life.

Key words (anxiety disorders, symptoms, rehab)

## **Popis korištenih kratica**

**Ptsp - Posttraumatski stresni poremećaj**

**SSRI - Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina**

**SM – Selektivni mutizam**

**Gad - Genralizirani anksiozni poremećaj**

**IPT - Interpersonalna terapija**

**OKP - Opsesivno-kompulzivni poremećaj**

**Cbt - Kognitivno-bihevioralna terapija**

# SADRŽAJ

1.Uvod.....	1
1.1.Epidemiologija.....	2
1.2.Etiologija.....	2
2.VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA .....	3
2.1.Generalizirani anksiozni poremećaj.....	4
2.2.Agorafobija.....	6
2.3.Socijalni anksiozni poremećaj.....	7
2.4.Panični poremećaj.....	8
2.5.Postrajumatski stresni anksiozni poremećaj.....	9
2.6.Specifične fobije.....	10
2.7.Selektivni mutizam.....	11
2.8.Opsesivno kompulzivni poremećaj.....	11
3.SIMPTOMI I LIJEČENJE.....	12
3.1.Psihoterapija.....	13
3.1.1.Muzikoterapija.....	13
3.2.Benzodiazepini.....	13
3.3.SSRI.....	14
3.4.Beta blokatori.....	14
4.ZRAVSTVENA NJEGA.....	16
4.1.Intervencije.....	17
4.2.Sestrinske dijagnoze .....	19
5.ZAKLJUČAK.....	20
6.LITERATURA .....	23

## 1. UVOD

Anksioznost definiramo kao patološko stanje obilježeno osjećajem ustrašenosti, koji je praćen somatskim znakovima što upućuju na prekomjernu aktivnost vegetativnoga živčanog sustava. Ona se razlikuje od straha koji je normalna fiziološka reakcija u obliku odgovora na poznati uzrok, odnosno realni objekt. [1]

Neki ljudi doživljavaju više tjeskobe od drugih, zbog događaja ili stvari koje možda nisu realne te izražavaju pretjeranu količinu brige. Anksioznost je normalna reakcija na stres situacije. Omogućuje ljudima brzu reakciju i na taj način sprječava da ljudi ne postanu ozlijeđeni u opasnim situacijama ili percipiranim prijetnjama. Neki ljudi pogrešno tumače događaje i nastoje zadržati svoje pogrešno tumačenje tih događaja, misleći na njih iznova i iznova. [2]

### 1.1 Epidemiologija

Oko 500 milijuna ljudi diljem svijeta pati od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Pet od deset vodećih uzroka invaliditeta i prerane smrti u svijetu su psihijatrijska stanja. Mentalni poremećaji ne predstavljaju samo ogroman psihološki, društveni i ekonomski teret za društvo, već povećavaju i rizik od tjelesnih bolesti. Neuropsihijatrijska stanja čine 13% ukupnih godina života prilagođenih invalidnosti (DALY) izgubljenih zbog svih bolesti i ozljeda u svijetu, a procjenjuje se da će se do 2020. povećati na 15% (WHO, 2004.). Anksiozni poremećaji, poput depresije, među najčešćim su psihijatrijskim poremećajima. Oni obuhvaćaju širok raspon različitih poremećaja. Većina anksioznih poremećaja prvi put se javlja tijekom djetinjstva i adolescencije. Dokazi pokazuju da veliki udio djece ne raste iz svojih anksioznih poremećaja tijekom adolescencije i odrasle dobi. Različita istraživanja pokazuju da anksioznost pogađa jednu osminu ukupnog stanovništva svijeta. Ukupna stopa prevalencije anksioznih poremećaja tijekom života je 24,9%. Ovi podaci ukazuju na to da su anksiozni poremećaji kroničniji od poremećaja afektivne ili ovisnosti. Rasprostranjenost anksioznih poremećaja teško je odrediti budući da čak i male promjene dijagnostičkih kriterija, alata za intervju ili metodologije istraživanja utječu na rezultate. Rasprostranjenost različitih vrsta anksioznih poremećaja u svijetu varira [3].

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima za Hrvatsku (DALYs) za 2016. godinu, mentalni su poremećaji na 4. mjestu vodećih skupina, iza

kardiovaskularnih i malignih bolesti te ozljeda. U okviru skupine mentalnih poremećaja najveći postotak opterećenja odnosi se na depresivne poremećaje (25,9%) slijede poremećaji uzrokovani alkoholom (17,1%) i anksiozni poremećaji (14,6%) [4].

## **1.2 Etiologija**

Pripisuje se kombinaciji bioloških, psiholoških, psihosocijalnih i čimbenika okoliša. Desetljećima različita istraživanja pokušavaju identificirati etiologiju anksioznih poremećaja i drugih mentalnih poremećaja u interesu sprječavanja poremećaja, otkrivanja učinkovitih tretmana i kontroliranja rastućih troškova liječenja. Kroz povijest formalnih istraživanja rezultati su se razlikovali u skladu s teoretskim okvirom ispitivača. Jedna ili druga etiološka teorija izmjenjivale su se u središtu pažnje popularnosti i diktirale tretman i novčanu potporu. Naknadno ponovno istraživanje bacilo je novo svjetlo na jedinicu subjekta, a sljedeći sveobuhvatni projekt evoluirao je i okrenuo naklonost ka drugom ishodu postizanja. Potraga za imenovanjem specifičnijih ležernih čimbenika za mentalne poremećaje. [5]

## **2. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

U djelu “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” Freud opisuje tzv. signalnu anksioznost navodeći kako ona nije posljedica nagonske tenzije i posljedično tome izraz izbijanja konflikta, nego je signal koji se pojavljuje u egu, uslijed anticipacije nagonske tenzije. Tako, s psihodinamskog stanovišta, na pojavu signalne anksioznosti on gleda kao na znak, odnosno upozorenje, da bi se u vrlo kratkom vremenskog periodu moglo dogoditi nešto strašno za ego. Njena signalna funkcija je krucijalna zato što upozorava ličnost na opasnost ili prijetnju kojom bi se mogao narušiti ekvilibrijum. Dakle, ova signalna anksioznost predstavlja normalnu pojavu. Normalnu anksioznost odlikuje da su njen “intenzitet i odlika odgovarajući u određenoj situaciji”. Ona ima korisnu funkciju tj. njenim doživljajem pojačava se spremnost pojedinca za brzo i svrsishodno djelovanje. Osjećanje ovakvog kvaliteta anksioznosti je, do izvjesnog stupnja, iskustvo koje poznaje svaki čovjek. Može se pojaviti vezano za neizvjesnost, npr. vezano za brigu koja je potekla iz realiteta o zdravlju tj. bolesti članova porodice, napetost koja se osjeća u vidu “treme” pred značajne nastupe i sl. Iskustvo anksioznosti je uvijek praćeno somatskim senzacijama izazvanim na bazi neuravnoteženosti funkcioniranja vegetativnog nervnog sistema.

Ove senzacije su kod pojave normalne anksioznosti izražene u znatno slabijem stupnju u odnosu na iste u slučaju izbijanja patološke anksioznosti. Tako se npr. asocirano s normalnom anksioznošću javljaju osjećanje “knedle” u grlu, bol ili grč u predjelu želuca, pojačano znojenje, različite digestivne tegobe i sl. Kod ovakve, normalne anksioznosti, organizam je u stanju uzbune. Nivo mentalne budnosti subjekta je tada do izvjesne tačke povišen i on ovisi o emocionalnom naboju osobe i ozbiljnosti situacije. Značajna distinkcija normalne anksioznosti, u odnosu na patološku o kojoj će biti više rečeno kasnije, je ta što osoba jasno percipira uzročnik nastanka ovakvog stanja [6].

## **2.1. Generalizirani Anksiozni Poremećaj (GAD)**

GAD proizvodi kroničnu, pretjeranu brigu o svakodnevnom životu. Ova briga može oduzeti sate svaki dan, otežavajući koncentraciju ili dovršavanje dnevnih zadataka. Osoba s GAD -om može biti iscrpljena brigom i osjetiti glavobolju, napetost ili mučninu.

Briga nije usmjerena na jedan problem, tj. nije ograničena kao kod drugih duševnih poremećaja (npr. od napada panike, od javne sramote, od zaraze); bolesnik ima brojne brige koje se s vremena često mijenjaju. Uobičajene brige obuhvaćaju one o odgovornosti na poslu, novcu, zdravlju, sigurnosti, popravcima automobila i zaposlenosti. Da bi zadovoljila mjerila koja je postavio Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, četvrto izdanje (DSM-IV), osoba također treba osjećati  $\geq 3$  sljedeća simptoma: nemir, neuobičajeni zamor, poteškoće koncentracije, razdražljivost, mišićnu napetost ili poremećaje spavanja. Tijek je obično fluktuirajući i kroničan, s pogoršanjima tijekom stresa. Većina osoba s GAP ima istovremeno jedan ili više psihijatrijskih poremećaja, uključujući tešku depresiju, specifičnu fobiju, društvenu fobiju i panični poremećaj [7].

Točan mehanizam nije u potpunosti poznat. Anksioznost može biti normalna pojava kod djece. Neobičnija anksioznost počinje u sedam do devet mjeseci života. Čini se da noradrenergički, serotonergički i drugi neurotransmiterski sustavi igraju ulogu u odgovoru tijela na stres. Sustav serotonina i noradrenergički sustavi uobičajeni su putovi uključeni u anksioznost. Mnogi vjeruju da su niska aktivnost serotoninskog sustava i povišena aktivnost noradrenergičkog sustava odgovorni za njegov razvoj. Stoga su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) i inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina (SNRI) sredstva prve linije za njegovo liječenje [8].

Simptomi generaliziranog anksioznog poremećaja uključuju:

Osjećaj nemira, napetosti ili na rubu,

Lako se zamarati,

Poteškoće s koncentracijom; um postaje prazan,

Biti razdražljiv,

Imati napetost mišića,

Poteškoće s kontroliranjem osjećaja brige,

Problemi sa spavanjem, kao što su poteškoće sa spavanjem, nemir ili nezadovoljavajući san [9]

## **2.2. Agorafobija**

Agorafobija se najkraće opisuje kao strah i izbjegavanje javnih mjesta i odsustvovanja od kuće, temeljeno na iščekivanju štetnog iskustva na razini tjeskobe ili napadaja panike. U ovom općem okviru ljudi s ovim strahom izbjegava široku paletu situacija: javna prijevozna sredstva, trgovine, restorani, kazališta, putovanja daleko od kuće, stajanje u redovima, boravak u dizalima, pa čak i biti sam kod kuće uobičajeni su okidači za anksioznost. Dvije su temeljne, povezane teme. Osoba s agorafobijom boji se svake situacije u kojoj je ograničena sloboda kretanja ili mogućnost bijega, bilo to fizičko ograničenje ili društvena konvencija. Posljedično, ona ili on mogu izbjegavati posjete stomatologu, društveni angažmani (što formalniji, to više izazivaju tjeskobu), i dizala. Agorafobija, dakle, nije suprotna klaustrofobiji, kao što bi nas rječnik naveo da vjerujemo. Zapravo, u prosjeku se ti klijenti više boje zatvorenih nego otvorenih prostora. Osobe s agorafobijom se boje da će njihova razina anksioznosti u tim situacijama porasti do panike i da neće moći pobjeći. Njihov cilj može biti jednostavno pobjeći od štetne situacije ili obično, doći do situacije u kojoj se osjećaju sigurno. Postoji i druga tema, koja uključuje ne toliko strah od biti na nekom posebnom mjestu, koliko strah biti daleko od ljudi i mjesta koja daju relativan osjećaj sigurnosti. Stoga su mnoge osobe s agorafobijom sposobne funkcionirati puno bolje ako su u pratnji prijatelja od povjerenja, obično supružnika ili drugog člana obitelji, ali eventualno bilo koje odgovorne osobe ili ako ostanu u, ili blizu, njihovih domova ili drugih poznatih mjesta. Postoje varijacije o sigurnosti. Na primjer, intenzivno hipohondrijske osobe s agorafobijom mogu se osjećati relativno sigurno bilo gdje u blizini bolnice ili liječničke ordinacije. Stoga, iako je svakako ključno dobiti popis od mjesta koje klijenti izbjegavaju, također je iznimno važno zapamtiti da se agorafobični strahovi generaliziraju ne samo na fizičkim linijama već i na onim kognitivnim. Osobe s agorafobijom uvelike se razlikuju po

veličini svojih sigurnosnih zona i po veličini stupanja do kojeg suputnik ograničava svoju tjeskobu. Neki mogu varirati od gotovo asimptomatskih do vezan za kuću u roku od mjesec dana, a neki navode da su imali razdoblja remisije tijekom nekoliko godina. Ta promjenjivost zbunjuje i često frustrira ne samo osobe s agorafobijom nego i one u njezinu ili njegovom životu. Ove fluktuacije u izbjegavanju općenito se temelje na percepciji agorafobične osobe o vjerojatnosti panike u određenom vremenu. Obično, agorafobične osobe započinju dan praćenjem razine tjeskobe te u skladu s tim donose ili mijenjaju odluke o svojim aktivnostima. Napadi panike su prilično varijabilna pojava, a takve osobe mogu imati razdoblja od godina bez česte panike i postupno početi raditi više na sebi[10].

Liječenje agorafobije :

Terapija izlaganjem,

Kognitivna bihevioralna terapija,

Antidepresivi; selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI)

Ako se agorafobija ne liječi, obično raste i slabi, a može čak i nestati bez formalnog liječenja, vjerojatno zato što su ljudi koristili vlastiti oblik terapije izloženosti, izlažući se stalno situaciji koja izaziva njihove strahove sve dok strahovi ne nestanu. Drugi se više ne žale na simptome agorafobije jer su naučili izbjegavati situacije (kao što su avioni ili gužva) koje izazivaju njihovu anksioznost. Međutim, jednostavno izbjegavanje situacija može značajno ograničiti život ljudi. Budući da tretmani u početku često povećavaju tjeskobu, liječenje agorafobije (i drugih anksioznih poremećaja) često uključuje učenje strategija opuštanja. Terapija izlaganjem pomaže više od 90% ljudi koji je vjerno prakticiraju. Kognitivno-bihevioralna terapija također može pomoći. Uz ovu terapiju ljudi uče raditi sljedeće:

Prepoznajte kada je njihovo razmišljanje iskrivljeno,

Kontrolirajte iskrivljeno razmišljanje,

U skladu s tim promijenite njihovo ponašanje.

Osobe s agorafobijom mogu imati koristi od uzimanja SSRI. Iako se SSRI smatraju antidepresivima, oni također mogu dobro djelovati kod anksioznih poremećaja[11].

Za neke ljude odlazak od kuće može biti razlog za paniku. Prevedeno s grčkog kao " strah od tržnice", agorafobija se odnosi na strah od bilo kojeg mjesta gdje bi bijeg mogao biti težak, uključujući velike otvorene prostore ili prenaseljena područja, kao i razna sredstva za putovanja.



Osobe s agorafobijom mogu izbjegavati situacije kao što su biti sami izvan kuće, putovati u automobilu, autobusu ili zrakoplovu, biti u gužvi, biti u zatvorenim prostorima kao što su trgovine i kina ili biti na mostu. Osobe s agorafobijom strahuju od takvih situacija jer se usredotočuju na misli da bi bijeg mogao biti težak u slučaju nužde ili da pomoć možda neće biti dostupna ako im se razviju simptomi poput panike ili druge neugodne simptome. Osjećaju veliku nelagodu i stres i u takvim situacijama mogu zahtijevati društvo druge osobe. Da bi se agorafobija mogla smatrati dijagnozom, agorafobne situacije gotovo uvijek moraju stvarati strah i tjeskobu koji nisu proporcionalni stvarnoj opasnosti; tegoba obično traje najmanje šest mjeseci. U svom najtežem obliku, osobe s agorafobijom potpuno ne mogu napustiti svoje domove. Misli koje obično uzrokuju strah i tjeskobu imaju tendenciju da se mijenjaju s godinama; djeca se često boje da će se izgubiti, odrasli se mogu bojati simptoma sličnih panici, a stariji se mogu bojati pada. Agorafobija često prati druge anksiozne poremećaje (kao što su panični poremećaj ili specifična fobija) i depresivne poremećaje [12].

Prema DSM-5, najčešće diferencijalne dijagnoze za agorafobiju uključuju specifičnu fobiju, poremećaj anksioznosti separacije, socijalni anksiozni poremećaj, poremećaj panike, akutni stresni poremećaj ili posttraumatski stresni poremećaj i veliki depresivni poremećaj. Treba dijagnosticirati specifičnu fobiju, a ne agorafobiju, ako je strah, tjeskoba, izbjegavanje ili modifikacija ponašanja ograničena na jednu od pet, a ne dvije situacije u kojima se agorafobija može pojaviti [13].

## **2.3 Socijalni Anksiozni Poremećaj**

Osobe sa socijalnim anksioznim poremećajem općenito imaju intenzivan strah ili anksioznost prema društvenim situacijama ili situacijama performansi. Brinu se da će drugi negativno ocijeniti radnje ili ponašanja povezana s njihovom tjeskobom, zbog čega će se osjećati neugodno. Ta briga često uzrokuje da ljudi sa socijalnom anksioznošću izbjegavaju društvene situacije. Socijalni anksiozni poremećaj može se manifestirati u nizu situacija, poput radnog mjesta ili školskog okruženja[14].

Više od sramežljivosti, ovaj poremećaj izaziva intenzivan strah od društvene interakcije, često vođen iracionalnom brigom o poniženju (npr. reći nešto glupo ili ne znati što reći). Netko sa socijalnim anksioznim poremećajem možda neće sudjelovati u razgovorima, pridonijeti

razrednim raspravama ili ponuditi svoje ideje, a može se i izolirati. Napadi panike uobičajena su reakcija na predviđenu ili prisilnu društvenu interakciju [15].

## 2.4 Panični Poremećaj

Ovaj poremećaj karakteriziraju napadi panike i iznenadni osjećaj užasa koji ponekad napada više puta i bez upozorenja. Često se zamjenjuje sa srčanim udarom, panični napad uzrokuje snažne fizičke simptome, uključujući bol u prsima, lupanje srca, vrtoglavicu, nedostatak daha i želučane tegobe. Mnogi će ljudi poduzeti očajničke mjere kako bi izbjegli napad, uključujući društvenu izolaciju [16].

Često ne postoji poseban okidač za napad panike. Pacijenti koji pate od ovih napada sami percipiraju nedostatak kontrole. Napadi panike, međutim, nisu ograničeni na panični poremećaj. Mogu se pojaviti zajedno s drugim tjeskobama, raspoloženjem, psihotikom, upotrebom supstanci, pa čak i medicinskim poremećajima. Napadi panike mogu biti povezani s povećanom ozbiljnošću simptoma različitih poremećaja, suicidalnim idejama i ponašanjem te smanjenim odgovorom na liječenje u bolesnika s popratnom anksioznošću i mentalnim poremećajima. Postavljanje točne dijagnoze paničnog poremećaja nije moguće bez temeljite svijesti o tome što su napadi panike. Važno je razlikovati simptome koji se doživljavaju tijekom ili u vezi sa stvarnom alarmnom situacijom, kao što je fizička prijetnja, od pravog napadaja panike. Prema kriterijima DSM 5 (peto izdanje), najmanje jedan napad panike mora biti praćen mjesec dana ili više trajne zabrinutosti zbog više napada, zabrinutosti za posljedice napada, ili neprilagođeno ponašanje kao što je izbjegavanje posla ili školskih aktivnosti. Panični poremećaj nije benigna bolest, može značajno utjecati na kvalitetu života te dovesti do depresije i invaliditeta. Osim toga, ovi pacijenti su također pod većim rizikom od alkoholizma i zlouporabe supstanci u usporedbi s općom populacijom [17].

Ako se ne liječi, panični poremećaji često postoje godinama. To može izmjenjivati faze povećane i niske učestalosti napadaja anksioznosti. Pogotovo u vezi sa strahom od javnih mjesta (agorafobija), panični poremećaj može uvelike ograničiti život dotične osobe. Neki oboljeli na kraju napuštaju kuću iz straha da novi napadi anksioznosti više neće ili postaju depresivni [18].

Osobe s paničnim poremećajem često pribjegavaju savjetovanju s liječnikom za anksiolitičke lijekove (anksiolitike) ili alkohol kako bi strah stavili pod kontrolu. Rezultat je alkoholizam i ovisnost o drogama (posebno lijekovima za smirenje i anksioliticima)[18].

Uz pomoć psihoterapije i lijekova koji anksioznu reakciju podnose, panični poremećaj može se svladati dobro. U oko 80 posto pacijenata terapija pokazuje dugoročni uspjeh. Prije svega, važno je na vrijeme potražiti medicinsku pomoć, kao liječnik panični poremećaj ne nestaje samo od sebe [18].

## 2.5 Posttraumatski stresni poremećaj

PTSP je ozbiljan i kronični psihijatrijski poremećaj koji slijedi nakon nadmoćno stresnog događaja, kao što je izloženost u borbi, seksualni napad ili prirodne katastrofe [19].

Otprilike 12 do 39% pacijenata u postavkama primarne zdravstvene zaštite zadovoljavaju kriterij za dijagnostiku PTSP. S obzirom na visoku prevalenciju i nedostatak pažnje na identifikaciju, ne čudi da je PTSP najviše često nedovoljno prepoznati i neliječeni anksiozni poremećaj u primarnoj skrbi [19].

Nakon neuspješnog definiranja ljudskog odgovora na izvan uobičajene stresore, kroz »veliku stresnu reakciju« (gross stress reaction) u DSM-I i Akutnu reakciju na stres u ICD-9 i nakon prikupljenog širokog iskustva o reakcijama na različite vrste stresora, od ratnih, civilnih, grupnih i pojedinačnih, u DSM-III, definiran je posttraumatski stresni poremećaj, kroz razvoj karakterističnih simptoma nakon traumatskog događaja izvan uobičajenog ljudskog iskustva. Simptomi su ponovno preživljavanje traumatskih događaja, otupjelost opće reaktivnosti, povlačenje od vanjskog svijeta i razni drugi autonomni, disforički i kognitivni poremećaji, uključujući pretjeranu uplašenost, poteškoće koncentracije, pad memorije, osjećaj krivnje i poteškoće spavanja. U DSM-III R, iz 1987. godine PTSP je još detaljnije definiran. Prema toj definiciji, na traumatski događaj koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva razvijaju se tri skupine simptoma. Prva skupina simptoma odnosi se na perzistentno ponovno preživljavanje traumatičnog događaja. Druga skupina simptoma su stalno izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu ili otupjelost opće reaktivnosti, a treća skupina simptoma su iz područja pojačane pobuđenosti [20].

Simptomi hiper-budnosti i hiper-pobuđenosti, disocijacije, emocionalnog otupljenja i ponovnog doživljavanja fenomena (noćne more i flashbackovi) posebno su karakteristični za PTSP. Ovi simptomi se ne primjećuju tijekom normalnog uvjetovanja straha, što sugerira da PTSP uključuje ili drugačiju ili dublju emocionalnu disregulaciju od drugih anksioznih poremećaja [21].

Interpersonalna psihoterapija (IPT) je vremenski ograničen tretman usmjeren na dijagnozu koji se usredotočuje na afekte i životne događaje. IPT je više puta pokazao učinkovitost kod velikog

depresivnog poremećaja, uobičajenog komorbiditeta PTSP-a. Liječenje se ne temelji na izlaganju, već na vezi između pacijentovih osjećaja i okoline – intuitivno dobro pristaje za PTSP. Slijedeći medicinski model, IPT terapeut naglašava da je PTSP poremećaj koji se može liječiti, a ne pacijentova krivnja, čime se oslobađa samookrivljavanja pacijenta. Liječenje se bavi pacijentovim trenutnim međuljudskim statusom, usredotočujući se na kompliciranu tugu (nakon smrti značajne druge osobe), spor oko uloge (borba sa značajnom drugom osobom) ili promjenu uloge (npr. naknadni šok traumatskog događaja) [22].

## 2.6 Specifične Fobije

Termin fobija odnosi se na grupu simptoma prouzrokovanih određenim objektima ili situacijama. Specifična fobija, nekad zvana jednostavna fobija je trajni, bezrazložni strah uzrokovan prisutnošću ili zamišljanjem specifičnog objekta ili situacije koja ne predstavlja realnu opasnost [23].

Izloženost objektu ili situaciji dovodi do trenutne reakcije u smislu visokog stupanja anksioznosti ili pak do pokušaja izbjegavanja objekta ili situacije [23].

Simptomi povezani s fobijom ili model izbjegavajućeg ponašanja vezano za određene objekte ili situacije može u značajnijoj mjeri utjecati na sposobnosti svakodnevnog funkcioniranja[23].

Svi nastojimo izbjegavati određene stvari ili situacije koje nas čine neugodnima ili čak uplašenima. No, za nekoga s fobijom određena mjesta, događaji ili predmeti stvaraju snažne reakcije snažnog, iracionalnog straha. Većina ljudi sa specifičnim fobijama ima nekoliko stvari koje mogu potaknuti te reakcije; kako bi izbjegli paniku, naporno će raditi kako bi izbjegli svoje okidače. Ovisno o vrsti i broju okidača, pokušaji kontrole straha mogu preuzeti život osobe [24].

Specifične fobije se prema MKB-10 klasifikaciji nalaze pod šifrom F40.2, a za konačnu dijagnozu su neophodni svi sljedeći kriteriji: psihološki ili vegetativni simptomi moraju biti primarne manifestacije anksioznosti, a ne sekundarne u odnosu na druge simptome, kao što su sumanute ideje ili opsesivne misli anksioznost mora biti ograničena na prisutnost određenog fobičnog objekta ili situacije fobična situacija izbjegava se kad god je to moguće[24].

Postoji veliki broj fobija, a nazivaju se prema okolnostima u kojima se javljaju, prema predmetima i bićima koji uzrokuju strah:

arahnofobija - strah od pauka

akrofobija - strah od visine

akustofobija - strah od zvukova

aerofobija - strah od letenja, zraka

amaksofobija - strah od prijevoznih sredstava

arahnofobija - strah od pauka

bacilofobija - strah od uzročnika zaraznih bolesti

dendrofobija - strah od drveća

dromofobija - strah od prelaženja ulice

hidrofobija - strah od vode

klaustrofobija - strah od zatvorenog prostora

kronofobija - strah od vremena

ksenofobija - strah od stranaca

ofidiofobija - strah od zmija

zoofobija - strah od životinja [24].

## **2.7 Selektivni mutizam**

Selektivni mutizam (SM) je poremećaj ponašanja u djetinjstvu koji ometa društveni i obrazovni razvoj. Karakterizira ga trajni neuspjeh govora u određenim društvenim situacijama, unatoč tome što može govoriti u drugim situacijama. Djeca sa SM obično govore kada su kod kuće s užom obitelji, ali ne govore u drugim okruženjima. Terapija ponašanja (BT), koja se obično koristi za liječenje anksioznih poremećaja i fobija, vrsta je liječenja koja koristi metode obuke i desenzibilizacije kako bi se pacijentima olakšalo u situacijama koje uzrokuju anksioznost. Na temelju dostupnih dokaza, integrirani BT, koji uključuje roditelje, učitelje i terapeuta, može biti učinkovit tretman za SM [25].

Na ljestvici od pet stupnjeva (od 0 = "nikad" do 4 = "uvijek") procjenjuje se komunikacijsko opterećenje različitih društveno interaktivnih situacija za djecu koja pate od selektivnog

mutizma. Razlikuju se različiti konteksti, odnosno osobe s kojima će se razgovarati, vrsta komunikacije, duljina izgovorenih odgovora, razgovorne situacije, sadržaji razgovora, mjesta i okolina, očekivanja prisutnih i nepredvidivost konteksta. Ukupni rezultat kreće se od 0 do 4. Viši rezultat znači lošiji ishod [26].

## **2.8 Opsesivno kompulzivni anksiozni poremećaj**

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) četvrti je po učestalosti psihijatrijski poremećaj što ga, udruženo s kroničnim tijekom te pojavom prvih simptoma u mlađoj odrasloj dobi, čini značajnim uzročnikom morbiditeta u populaciji. OKP se svrstava u skupinu anksioznih poremećaja te se u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) nalazi pod oznakom F42 [27].

Ovaj kompleksni neuropsihijatrijski poremećaj primarno je određen prisutnošću opsesija i/ili kompulzija. Pritom opsesije podrazumijevaju ponavljajuće i ustrajne misli, porive ili slike koje se doživljavaju intruzivnima i neželjenima i u većine osoba uzrokuju značajnu anksioznost ili patnju. Da bi ih osoba zanemarila, potisnula ili neutralizirala, ona izvodi kompulzije – ponavljajuća ponašanja (npr. pranje ruku, provjeravanje) ili mentalne aktivnosti (npr. molitva, brojenje). Pri tom se osoba često osjeća prisiljenom izvoditi kompulzije, smatrajući da bi neizvođenje kompulzije dovelo do uznemiravajućih i tragičnih ishoda. Opsesije i kompulzije su vremenski vrlo zahtjevne (dugotrajne i zamorne) i izazivaju značajnu patnju oboljelima što narušava njihovo svakodnevno funkcioniranje. Poremećaj se uobičajeno javlja oko 19. godine života, pri čemu kod žena češće u odrasloj dobi, dok kod muškaraca češće u djetinjstvu. Važno je napomenuti kako se OKP često pojavljuje u komorbiditetu s drugim anksioznim poremećajima te poremećajima raspoloženja i kontrole impulsa [28].

## **3. SIMPTOMI I LIJEČENJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

Od najranijih dana čovječanstva, pristup grabežljivaca i dolazeća opasnost pokreću uzbunu u tijelu i dopuštaju izbjegavanje djelovanja. Ovi alarmi postaju vidljivi u obliku povećanog otkucaja srca, znojenja i povećane osjetljivosti na okolinu. Opasnost uzrokuje nalet adrenalina, hormona i kemijskog glasnika u mozgu, koji pak izaziva te tjeskobne reakcije u procesu koji se naziva odgovor "bori se ili bježi". Time se ljudi pripremaju za fizički sukob ili bijeg od svih potencijalnih prijetnji sigurnosti [29].

Liječenje će se sastojati od kombinacije psihoterapije, bihevioralne terapije i lijekova [29].

#### Simptomi anksioznosti :

Pretjerana tjeskoba i briga najmanje šest mjeseci,

Poteškoće u kontroli zabrinjavajućih misli,

Lako se umorite od pretjerane brige,

Poteškoće u koncentraciji na sve osim na tjeskobne misli,

Napetost mišića,

Poremećaj sna,

Razdražljivost,

Poremećaj društvenog i radnog života,

Osjećaj nervoze, nemira ili napetosti,

Osjećaj nadolazeće opasnosti, panike ili propasti [30].

### **3.1 Psihoterapija**

Kognitivna bihevioralna terapija (CBT): Kognitivno bihevioralna terapija (CBT) prva je psihoterapija za anksiozne poremećaje. CBT se usredotočuje na pronalaženje kontraproduktivnih obrazaca razmišljanja koji doprinose tjeskobi. CBT koristi mnoge konstruktivne strategije za smanjenje uvjerenja i ponašanja koja vode do tjeskobe [31].

Prevenција odgovora izloženosti je psihoterapijska metoda za specifične anksiozne poremećaje poput fobija i socijalne anksioznosti. Njegov cilj je pomoći osobi da razvije konstruktivniji odgovor na strah [31].

Cilj je da se pacijenti "izlože" onome čega se boje, u pokušaju da s vremenom dožive manje tjeskobe i razviju učinkovite alate za suočavanje [31].

Desenzibilizacija: Ovo je sustavni plan promjene ponašanja, osmišljen kako bi pojedinca postupno izlagao situaciji ili predmetu sve dok se strah više ne iskusi. Pojedinaц je "preplavljen" podražajima vezanim uz fobičnu situaciju ili objekt (umjesto u postupnim koracima) sve dok se anksioznost više ne doživljava u odnosu na objekt ili situaciju. Strah se smanjuje kako se fizički i

psihički osjećaji smanjuju zbog opetovane izloženosti fobičnom podražaju u uvjetima bez prijetnje [31].

### **3.1.1 Muzikoterapija**

Muzikoterapija je korištenje glazbe u kliničkim, obrazovnim i socijalnim okvirima za liječenje klijenata ili pacijenata s medicinskim, obrazovnim, socijalnim i psihološkim potrebama. Muzikoterapija se temelji na znanstveno utemeljenim dokazima i činjenicama, te se pokazalo da se može primjenjivati kod široke populacije klijenata s različitim potrebama, pa tako i s duševnim bolesnicima. Rezultati različitih istraživanja govore o značajnim promjenama u vidu općeg funkcioniranja, kvalitete života, smanjenju negativnih simptoma, smanjenju anksioznosti i depresije, te nošenja s bolesti. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji mentalno se zdravlje opisuje kao stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno te pridonositi zajednici [32].

## **3.2 Benzodiazepini**

Postali su široko dostupni 1960 -ih. Svi oni imaju anksiolitičko, hipnotičko, antikonvulzivno i svojstva opuštanja mišića, posredovana potenciranjem učinaka gama-aminomaslačne kiseline (GABA) pri GABAA receptori/kompleksi ionskih kanala klorida. Ova interakcija dovodi do hiperpolarizacije i smanjenja živčane prijenos kroz središnji živčani sustav. anksiolitička učinkovitost pojedinih benzodiazepina slična je u cijeloj skupini, a lijekovi se razlikuju po farmakokinetička svojstva, dugotrajnog djelovanja (diazepam, klonazepam, klordiazepoksid), zbog jetre stvaranje aktivnih metabolita posredovano citokromom P450 ili kratko djelovanje (alprazolam, oksazepam, lorazepam) [33].

Primjeri diazepama i klonazepama su lijekovi dugog djelovanja. Ta se sredstva koriste kada se želi trenutno smanjenje simptoma ili je potrebno kratkotrajno liječenje. Općenito, suradnički i popustljivi pacijenti koji su svjesni da njihovi simptomi imaju psihološku podlogu vjerojatnije će reagirati na benzodiazepine. Budući da postoji zabrinutost zbog zlouporabe i ovisnosti, pacijenti s anamnezom alkoholizma ili zlouporabe droga nisu prikladni kandidati za ovaj tretman [34].

## **3.3 SSRI antidepressivi za anksioznost**



Mnogi lijekovi koji su prvotno odobreni za liječenje depresije također su propisani za tjeskobu. U usporedbi s benzodiazepinima, rizik od ovisnosti i zlouporabe je manji. Međutim, antidepresivima je potrebno do 4 do 6 tjedana da počnu ublažavati simptome anksioznosti, pa se ne mogu uzimati „po potrebi“. Njihova uporaba ograničena je na kronične anksiozne probleme koji zahtijevaju kontinuirano liječenje. U antidepresivi najčešće propisane za anksioznost su SSRI kao što su Prozac, Zoloft, Paxil, Lexapro i celexa. SSRI se koriste za liječenje generaliziranog anksioznog poremećaja (GAD), opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OCD), paničnog poremećaja, socijalnog anksioznog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja [35].

### **3.4 Beta blokatori**

Beta blokatori - uključujući lijekove poput propranolola (Inderal) i atenolola (Tenormin) - vrsta su lijekova koji se koriste za liječenje visokog krvnog tlaka i srčanih problema. Međutim, propisuju se i izvan oznake za tjeskobu. Beta blokatori djeluju blokirajući učinke norepinefrina, hormona stresa koji sudjeluje u odgovoru borba ili bijeg. To pomaže u kontroli tjelesnih simptoma anksioznosti, poput ubrzanog rada srca, drhtavog glasa, znojenja, vrtoglavice i drhtavih ruku [36].

Budući da beta blokatori ne utječu na emocionalne simptome anksioznosti, poput brige, oni su od najveće pomoći kod fobija, osobito socijalne fobije i tjeskobe u izvedbi. Ako očekujete određenu situaciju koja izaziva tjeskobu (poput održavanja govora), uzimanje beta blokatora unaprijed može vam pomoći smanjiti "živce" [36].

## **4. ZDRAVSTVENA NJEGA**

Prije početka bilo kakvog liječenja anksioznih poremećaja, pacijent mora imati potpun i temeljit fizički pregled i pregled psihičkog statusa. Ovi su pregledi nužni kako bi se isključila druga medicinska i psihijatrijska stanja, poput dijabetesa, bolesti štitnjače, kardiovaskularnih bolesti i poremećaja povezanih s tvarima, uključujući stimulanse središnjeg živčanog sustava i odvikavanje od alkohola. Nakon diferencijalne dijagnoze može se započeti liječenje [37].

Osnovno liječenje pacijenata s paničnim poremećajima trebalo bi ciljati na nekoliko područja i uključivati farmakološke i nefarmakološke intervencije. Biološki simptomi mogu se liječiti farmakološkim intervencijama, kao što su benzodiazepini (npr., Klonazepam [Klonopin]) za akutnu anksioznost i antidepresivi (npr. Paroksetin [Paxil]) za smanjenje učestalosti napada i

ozbiljnosti simptoma. Nefarmakološke intervencije uključuju vježbe dubokog disanja u trbuhu i vizualizaciju[37].

Ostala razmatranja liječenja su sljedeća :

- Omogućite zdravstveno obrazovanje. Ovo je ključna intervencija jer pacijentu i obitelji pruža važne informacije o uzročnim čimbenicima, simptomima, intervencijama utemeljenim na dokazima i aktivnostima za promicanje zdravlja, poput tehnika upravljanja stresom i bijesom. Zdravstveno obrazovanje osnažuje i ohrabruje pacijenta i obitelj u pogledu simptoma i mogućnosti liječenja.
- Minimizirajte izbjegavajuće ponašanje. Izloženost i kognitivno-bihevioralne terapije pomažu pacijentu u desenzibilizaciji stresnih situacija, poput autocesta i otvorenih prostora. Farmakološke intervencije nude biološko olakšanje i smanjenje simptoma neophodnih za poboljšanje kognitivnog funkcioniranja. Sesije terapije izlaganjem koje traju 2 ili više sati učinkovitije su od sesija koje traju 1 sat. Tijekom ove intervencije od pacijenta se traži da 20 minuta zamisli svoje najgore situacije ili situacije koje izazivaju tjeskobu prije korištenja kognitivnog restrukturiranja (izazivanje izobličenja kao pretjerivanja ili precjenjivanja). Tijekom ovih sesija pacijent stječe zdravstveno obrazovanje koje dovodi u pitanje iracionalne ili iskrivljene spoznaje ili uvjerenja o događaju ili situaciji.
- Izazovite iskrivljene spoznaje (isto kao i "suzbijte izbjegavajuće ponašanje"). Kognitivno-bihevioralna terapija također uključuje korištenje domaćih zadataka kako bi se klijentu omogućilo da vodi evidenciju i sam nadzire situacije koje izazivaju tjeskobu i načine da izazove iskrivljenu spoznaju. Kognitivno-bihevioralna terapija aktivan je pristup rješavanja problema koji uči pacijenta prilagodljivim strategijama suočavanja kako bi se ublažili simptomi i uznemirenost. Ovaj pristup također uključuje korištenje tehnika opuštanja za smanjenje biološkog uzbuđenja.
- Omogućite dugoročno praćenje. Omogućuje se dugotrajno praćenje radi sprječavanja recidiva (farmakološke i nefarmakološke intervencije za smanjenje neugodnih simptoma i relapsa te za omogućavanje visoke razine funkcioniranja).
- Procjena komorbidnih poremećaja, poput depresije i zlouporabe supstanci. Kad postoje komorbidna stanja, potrebno je započeti odgovarajuće liječenje. U slučaju depresije prikladni su antidepresivi. U slučaju zlouporabe tvari (u anamnezi ili aktivne), benzodiazepine treba izbjegavati, osim u slučaju prestanka uzimanja alkohola. Za te je bolesnike prikladniji buspiron (BuSpar); nije prikladan za akutnu anksioznost, ali je koristan u liječenju dugotrajne anksioznosti bez rizika od ovisnosti ili zlostavljanja. Zbog

komorbiditeta depresije, ti se pacijenti moraju stalno provjeravati na samoubojstvo i druga visoko rizična ponašanja [37].

#### 4.1. Intervencije

Napad panike može se pojaviti u bilo kojem okruženju, pa se medicinske sestre moraju pripremiti za niz situacija, od pružanja prve pomoći za napad panike u trgovačkom centru, do upravljanja paničnim klijentom u potpuno opremljenom kliničkom okruženju [38].

Prezentirani simptomi napada panike mogu uključivati lupanje srca, bol u prsima, znojenje i otežano disanje. Zbog toga se klijenti često javljaju najbližem odjelu za hitne slučajeve sa svojim prvim napadom panike. U tom se okruženju klijenti procjenjuju zbog fizičkih problema, a kad se ne mogu pronaći, često im se kaže da 'ništa' nije u redu i otpuštaju ih s odjela bez daljnjeg praćenja. Propuštena je dragocjena prilika da se klijent pouči o njegovom stanju i upravljanju njime. Rano prepoznavanje i odgovarajuće liječenje mogu u najboljem slučaju spriječiti razvoj anksioznog poremećaja i u najmanju ruku osigurati da klijenti ne dolaze u stalne posjete zdravstvenim radnicima koji traže fizički razlog za njihove simptome. Uputite klijenta da polako, srednje udahne (ne duboko) kroz nos i zadrži ga kratko prije nego polako izdahne kroz nos. Pokušajte smanjiti brzinu disanja klijenta na 10 udisaja u minuti pomoću ciklusa od 6 sekundi po disanju-na primjer, recite 'in-2-3, out-2-3'. Uputite klijenta da diše dijafragmom, a ne prsima. Nastavite trenirati klijenta dok se njegova anksioznost ne povuče [38].

Također, važne sastavnice za pacijenta :

- Objasniti dijagnozu i dobiti povratne informacije da klijent razumije
- Naučiti pacijenta da identificira situacije i stresore koji promoviraju anksioznost te ih izbjegavati što više moguće
- Educirati pacijenta i obitelj o lijekovima i važnost mogućih komplikacija
- Pomoći pacijentu/obitelji prepoznati rane simptome anksioznosti i prevenirati ih od eskaliranja
- Naučiti pacijenta/obitelj jednostavne strategije te pomoći prevenirati simptome od eskaliranja
- Naučiti pacijenta da izbjegava hranu i pića koja sadrže kofein kako bi prevenirali moguće simptome anksioznosti
- Educirati pacijenta o specifičnim fobijama i kako smanjiti nerealističke strahove
- Objasniti tehniku desenzitizacije, ako je ta tehnika preporučena kod liječenja
- Educirati pacijenta kako se približiti zajednici i „suport“ grupama

- Educirati pacijenta kako pristupiti edukacijskim izvorima na internetu [39].

## 4.2 Sestrinske dijagnoze

Nakon što se sestrinska lista izradi, kategorizacije pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom i izrade standardiziranih postupaka u zdravstvenoj njezi, logičnim slijedom, Hrvatska komora medicinskih sestara je pristupila izradi sestrinskih dijagnoza u obliku općih planove zdravstvene njege [40].

Anksioznost ;

1. Pojačano znojenje
2. Vrtoglavica
3. Učestalo mokrenje
4. Sklonost ozljeđivanju [40]

Mogući ciljevi ;

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
3. Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.
4. Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe [40].

Intervencije ;

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti te prisutnost uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresivnosti)
4. Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
5. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.

6. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
7. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
8. Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
9. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
10. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
11. Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
12. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
13. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
14. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
15. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
16. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
17. Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
18. Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
  - vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
  - vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
  - okupacijska terapija (glazbo-terapija, likovna terapija)
  - humor
  - terapijska masaža i dodir
19. Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika odnosno terapije
20. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
21. Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni.
22. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao

nanijeti ozljede...).

Mogući ishodi / Evaluacija ;

1. Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih.
2. Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti - opisati
3. Pacijent se negativno suočava s anksioznosti - opisati
4. Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti.
5. Pacijent opisuje povećanu razinu anksioznosti.
6. Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljede
7. Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljede (opisati ozljede) [40].

## **5. ZAKLJUČAK**

U svakom trenutku, normalno je da se bilo koje ljudsko biće brine, ali kada neke brige postanu redovite da utječu na nečiju normalnu rutinu, tako da čovjek ne može spavati, onda je to problem. Generalizirani anksiozni poremećaj obično je kombinacija naslijeđa, neurobiologije i predisponirajućih iskustava iz djetinjstva koja uključuju roditeljska očekivanja, odbacivanje i roditeljsko modeliranje ponašanja zabrinutosti. Ipak, može se reći da je generalizirani anksiozni poremećaj svaka stresna situacija koja može doprinijeti strahu [41].

Anksiozni poremećaji (anksiozni poremećaj separacije, selektivni mutizam, specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija i generalizirani anksiozni poremećaj) uobičajena su stanja koja onemogućuju i koja uglavnom počinju tijekom djetinjstva, adolescencije i rane odrasle dobi. Razlikuju se od razvojno normativne ili prolazne anksioznosti izazvane stresom po tome što su izražene (tj. nesrazmjerne stvarnoj prisutnoj prijetnji) i postojane te po narušavanju svakodnevnog funkcioniranja. Većina anksioznih poremećaja pogađa gotovo dvostruko više žena nego muškaraca. Često se javljaju zajedno s teškom depresijom, poremećajima konzumiranja alkohola i drugih supstanci te poremećajima osobnosti. Diferencijalna dijagnoza od tjelesnih stanja - uključujući poremećaje štitnjače, srca i dišnog sustava, a intoksikacija supstancama i odvikavanje - imperativ. Ako se ne liječe, anksiozni

poremećaji imaju tendenciju da se kronično ponavljaju. Psihološki tretmani, posebice kognitivna bihevioralna terapija, i farmakološki tretmani, osobito selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina, učinkoviti su, a njihova kombinacija može biti učinkovitija od liječenja bilo kojim od njih pojedinačno. Potrebno je više istraživanja kako bi se povećao pristup i razvili personalizirani tretmani. osobito selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina, učinkoviti su i njihova kombinacija bi mogla biti učinkovitija od liječenja bilo kojim od njih pojedinačno. Potrebno je više istraživanja kako bi se povećao pristup i razvili personalizirani tretmani. osobito selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina, učinkoviti su i njihova kombinacija bi mogla biti učinkovitija od liječenja bilo kojim od njih pojedinačno. Potrebno je više istraživanja kako bi se povećao pristup i razvili personalizirani tretmani [42].

## 6. LITERATURA

[1] Psihijatrija danas – odabrane teme / Psychiatry Today – Selected Topics, DANIJEL CRNKOVIĆ

Klinika za psihijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 185str. 14. 7. 2017./July 14, 2017

[2] Research in Higher Education Journal, Communication and conflict, Page 1 ,Communication and conflict: anxiety and learning, Peter Cowden, Niagara University

[3] The Journal of Behavioral Science 2010, Vol. 5, No.1, 100-118 Copyright 2010 by Behavioral Science Research Institute ISSN: 1906-4675, Anxiety: Causes and Management

[4] Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Odjel za mentalne poremećaje, Zadnja izmjena: 13. listopada 2021.

[5] Liječenje PTSP-a: Izazovi i mogućnosti, Autor: Dario Kovač Klinička psihologija 03/11/2013, Istraži me područje psihologije

[6] ETIOPATOGENEZA NEUROTSKE ANKSIOZNOSTI IZ UGLA PSIHODINAMSKE TEORIJE

Aneta Sandić Marija Burgić-Radmanović UDK: 616.891.6-02-092, 2008 ,7.MSD priručnik dijagnostike i terapije GAP, 2014.

[8] Generalized Anxiety Disorder, Sadaf Munir; Veronica Takov. Author Information, Last Update: January 9, 2022. NCBI

[9] National Institute of Mental Health Last Revised: July 2018 Anxiety Disorders

[10] Agoraphobia Authors Authors and affiliations Dianne L. Chambless Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults pp 49-87 Springer Link

[11] Agoraphobia By John W. Barnhill , MD, New York-Presbyterian Hospital Last full review/revision Apr 2020 MSD manual

[12] Agoraphobia Reviewed by Psychology Today Staff American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

Archives of General Psychiatry National Institutes of Health, National Library of Medicine National Institute of Mental Health, Last updated: 11/08/2021

[13] Agoraphobia Kripa Balaram; Raman Marwaha. Author Information, Last Update: March 1, 2021. NCBI

[14] Anxiety Disorders NIH 2018

[15] Reviewed December 2017 national alliance of mental health

[16] Panic Disorder: When Fear Overwhelms NIH

[17] Panic Disorder Curt Cackovic; Saad Nazir; Raman Marwaha. Author Information, Last Update: July 10, 2021. NCBI



[18] 2018. Hr.The-Health-Site.com Panični poremećaj

[19] PRIMARY CARE PSYCHIATRY VOL. 9, NO. 1, 2003, 9-14

copyright 2003 Librapharm LIMitED 10.1185/135525703125002360 The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics Annabel Prins a , [ a , b], Paige Ouimette[c], Rachel Kimerling[b], Rebecca P. Cameron[d], Daniela S. Hugelshofer[c ], Jennifer Shaw-Hegwer[a ] , Ann Thrailkill[b], Fred D. Gusman[b] and Javid I. Sheikh[b]

[20] Posttraumatski stresni poremećaj. Med Vjesn 1993; 25(1-2):43 Nikola Mandić

[21] Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia Amit Etkin M.D., Ph.D.Tor D. Wager Ph.D. Published Online:1 Oct 2007https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504, American Journal of Psychiatry

[22] Depress Anxiety. Author manuscript; available in PMC 2013 Jun 17. Published in final edited form as:

Depress Anxiety. 2010 Oct; 27(10): 879–881. doi: 10.1002/da.20752

PMCID: PMC3683871 NIHMSID: NIHMS454075

PMID: 20886608 The Cutting Edge IPT AND PTSD

[23] EDUKACIJSKI CENTAR Specifične fobije Hrvatsko psihijatrijsko društvo | Obnovljeno :: 12.11.2005. 16:50

[24] Fobije 31.08.2019. 16:4712.05.2006. 16:14 | Vladimir Grošić, dr. med. | Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"

[25] Sponsor: University of California, Los Angeles Collaborator:

National Institute of Mental Health (NIMH) ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00458198

Recruitment Status : Completed First Posted : April 9, 2007 Last Update Posted : November 28, 2016

[26] Sponsor: Susanne Walitza Information provided by (Responsible Party):

Susanne Walitza, Psychiatric University Hospital, Zurich Recruitment Status : Completed

First Posted : January 18, 2020 Last Update Posted : January 18, 2020 Factors Influencing Selective Mutism

[27] Diferencijalna dijagnostika i liječenje opsesivno kompulzivnog poremećaja, Švarc, Petra 2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: University of

Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

[28] Neuropsihologija opsesivnokompulzivnog poremećaja, Marija Magdalena Šamal

Filozofski fakultet u Zagrebu Odsjek za psihologiju orcid: 0000-0002-6799-6143

[29] What to know about anxiety Medically reviewed by Dillon Browne, Ph.D. — Written by Adam Felman on January 11, 2020

[30] 2021 NURSING.com Nursing Care Plan for Anxiety

[31] Anxiety Disorders Nursing Management By RNspeak - July 11, 2020 Modified date: September 30, 2020 RN Speak

[32] Antonija Vukelić MUZIKOTERAPIJA KAO INTERVENCIJA Muzikoterapija i mentalno zdravlje Broj 9., 2020.g. online časopis akademije za umjetnost i kulturu u Osijeku

[33] Treatment of Generalized Anxiety Disorder Jack M. Gorman, M.D. J Clin Psychiatry 2002;63 (suppl 8)

[34] Generalized Anxiety Disorder (Nursing) Sadaf Munir; Veronica Takov; Virginia A. Coletti.

Author Information Last Update: January 9, 2022.

[35] Authors: Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson, and Jeanne Segal, Ph.D. Reviewed by Anna Glezer, M.D. Last updated: October 2021 Anxiety Medication, HelpGuide

[36] Authors: Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson, and Jeanne Segal, Ph.D. Reviewed by Anna Glezer, M.D. Last updated: October 2021 Anxiety Medication, HelpGuide

[37] Anxiety disorders: treatment considerations Deborah Antai-Otong, MS, RN, CNS, NP, CS, FAAN

DOI:[https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(02\)00059-2](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00059-2)

[38] Anxiety disorders Sue Henderson, Stephen Elsom Feb 19, 2017 | Posted by admin in NURSING | Comments Off on Anxiety disorders

[39] interactive care plan Psychiatric Nursing Care Plans - E-Book Napisao/la Katherine M. Fortinash, Patricia A. Holoday Worret

27str.

[40] Sestrinske dijagnoze hrvatska komora medicinskih sestara zagreb 2011 ,Slava Šepec, dipl. med. techn.; Biljana Kurtović, bacc.med.techn.; Tatjana Munko, bacc.med.techn; Maša Vico, bacc.med.techn; Damjan Abcu Aldan, bacc.med.techn; Dijana Babić, bacc.med.techn; Ana Turina, bacc.med.techn ISBN: 978-953-95388-4-2

Str. 6,7,8

[41] The Generalized Anxiety Disorder Essay, Exclusively available on IvyPanda Updated: May 11th, 2020

[42] Anxiety Prof Michelle G Craske, PhD Prof Murray B Stein, MD

Published:June 24, 2016DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6) The Lancet