

Anksiozni poremećaji kao prepreka u svakidašnjem životu

Oršulić, Ornela

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:801378>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-12-09**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
FAKULTET EKONOMIJE I TURIZMA
„DR. MIJO MIRKOVIĆ“

Ornela Oršulić

ANKSIOZNI POREMEĆAJI KAO PREPREKA U SVAKIDAŠNJEM ŽIVOTU

Završni rad

Pula, rujan 2015.

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
FAKULTET EKONOMIJE I TURIZMA
„DR. MIJO MIRKOVIĆ“

ANKSIOZNI POREMEĆAJI KAO PREPREKA U SVAKIDAŠNJEM ŽIVOTU

Završni rad

Kolegij: Osnove opće i socijalne psihologije

Mentorica: prof. dr. sc. N. Ambrosi Randić

Komentorica: prof. dr. sc. Marlena Plavšić

Studentica: Ornela Oršulić

Matični broj: 734-KT

Smjer: Preddiplomski interdisciplinarni studij Kultura i turizam

Pula, rujan 2015

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Ornela Oršulić, kandidatinja za prvostupnicu Kulture i turizma ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Studentica

U Puli, _____, _____ godine

IZJAVA

o korištenju autorskog djela

Ja, Ornela Oršulić dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom Anksiozni poremećaji kao prepreka u svakidašnjem životu, koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

SADRŽAJ:

1. UVOD	6
2. ANKSIOZNOST.....	7
3. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	8
3.1. FOBIJE	8
3.1.1. VRSTE FOBIIA.....	9
3.2. PANIČNI POREMEĆAJ.....	11
3.3. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP).....	12
3.4. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ (OKP)	13
3.5. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP).....	13
3.6. AKUTNI STRESNI POREMEĆAJ	14
4. TERAPIJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA.....	15
4.1. TERAPIJA FOBIJA	16
4.2. TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA	16
4.3. TERAPIJE GAP-a	17
4.4. TERAPIJE OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA	17
4.5. TERAPIJE PTSP-a.....	18
4.6. SAMOPOMOĆ	18
5. ANKSIOZNOST NA POSLU	19
6. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S ANKSIOZNIH POREMEĆAJIMA	21
7. DEPRESIJA I ANKSIOZNI POREMEĆAJI U HRVATSKOJ.....	24
8. ZAKLJUČAK	26
9. SAŽETAK	27
10. ABSTRACT	28

1. UVOD

Poremećaji anksioznosti najčešće su emocionalni poremećaji s kojima se susreću mladi i odrasli ljudi. Većina ljudi u različitim životnim situacijama susreće se sa osjećajem zabrinutosti ili konstruktivne treme, prije svega kada je riječ o značajnijim događajima kao što su važan ispit, poslovni sastanci, razgovor za posao i sl. Kada ljudi doživljavaju anksioznost obično osjećaju uznemirenost, neprijatnost i napetost. Ovakvi osjećaji uobičajeni su dio svakidašnjeg života jer ljudi prirodno osjećaju zabrinutost kada su suočeni s prijetnjom, opasnošću ili su pod stresom. Ovakva zabrinutost, pri čemu ljudi pokazuju da vode računa o nečemu, odnosno da su odgovorni, zdrava je alternativa anksioznosti. Međutim, kada svakodnevna strepnja preraste u intenzivne emocionalne poremećaje i preuzme vodeću ulogu u životu pojedinca, tada možemo govoriti o anksioznim poremećajima.

Poremećaji anksioznosti ozbiljni su emocionalni poremećaji koji ispunjavaju život osobe preplavljujućom anksioznošću i strahom koji su kronični, intenzivni i mogu se progresivno pogoršavati ukoliko se ne tretiraju. Obuzeti napadima panike, opsesivnim mislima, noćnim morama ili neprestanim zastrašujućim fizičkim simptomima, neki ljudi sa poremećajem anksioznosti postaju zatvorenici u kućnom pritvoru. Uobičajeno, poremećaji anksioznosti se razvijaju tokom rane adolescencije ili ranog odraslog doba, a uzroci su različiti ovisno o vrsti anksioznosti.

Da bi se pravilno dijagnosticirao anksiozni poremećaj i primijenila odgovarajuća terapija, neophodno je prije svega precizno definirati anksiozne poremećaje, vrste ovih poremećaja, te dobro se upoznati sa simptomima i mogućnostima liječenja što će nadalje biti razrađeno u ovom radu.

2. ANKSIOZNOST

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

Anksioznost (tjeskoba) ima subjektivna i tjelesna obilježja. Subjektivna obilježja podrazumijevaju strah da će se nešto strašno dogoditi, strah od gubitka kontrole, plašljivost i nesposobnost opuštanja. Tjelesne oznake proizlaze iz pobuđenosti simpatičkog dijela autonomnog živčanog sustava, a podrazumijeva drhtanje, znojenje, ubrzani rad srca, povišeni krvni tlak i malaksalost. Anksioznost je prikladna reakcija na prijetnju ili ugroženost, ali može biti i abnormalna ako njezin intenzitet nije u skladu s veličinom prijetnje ili ako se javlja „iz čista mira“, tj. kada se čini da događaji ne daju povoda za pojavu anksioznosti. (Rathus, 2000).

U kategoriju anksioznih poremećaja spadaju npr. poremećaji panike, koji su očituju u naglim i nepredvidivim napadima straha, te mogu biti praćeni teškoćama disanja, omaglicom, osjećajem blizine smrti i sl. (Petz, 2001). Među poremećajima ove vrste svakako valja spomenuti poremećaj koji nam je danas u Hrvatskoj nažalost dobro poznat, a to je PTSP – tj. „posttraumatski stresni poremećaj“, oboljenje nekih bivših boraca, koji su proživjeli teške stresove, kao npr. gubitak najboljih ratnih drugova, bezizgledne borbene situacije i sl. Poremećaj se očituje nesanicom, noćnim morama, lošim raspoloženjem i sl.

Nešto više o vrstama anksioznih poremećaja biti će prikazano u sljedećem poglavlju.

3. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Anksiozni poremećaji dijagnosticiraju se kad su jasno nazočni subjektivno doživljeni osjećaji anksioznosti. Dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje predlaže šest temeljnih kategorija (DSM-IV, 1999):

- ✓ Fobije
- ✓ Panični poremećaj
- ✓ Generalizirani anksiozni poremećaj
- ✓ Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- ✓ Posttraumatski stresni poremećaj
- ✓ Akutni stresni poremećaj

Često osobe s jednim oblikom anksioznog poremećaja udovoljavaju i dijagnostičkim kriterijima za drugi takav poremećaj. U tom slučaju govorimo o ko-morbiditetu koji nastaje zbog dva razloga. Prvo, simptomi različitih poremećaja u ovoj kategoriji nisu posve specifični. Primjerice, somatski znaci anksioznosti (npr. znojenje, ubrzano bilo) spadaju u dijagnostičke kriterije za panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj. Drugo, suvremena shvaćanja patogenetskih procesa što dovode do različitih anksioznih poremećaja također su primjenjiva na više od jednog poremećaja. Primjerice, osjećaj da niste u stanju kontrolirati stresore s kojima se susrećete smatra se povezanim i s fobijama i s generaliziranim anksioznim poremećajem. Stoga komorbiditet može odražavati djelovanje tih zajedničkih mehanizama. Zasad se teorije anksioznih poremećaja nastoje usredotočiti isključivo na jedan poremećaj. (Davison i Neale 1998).

3.1. FOBIJE

Psihopatolozi definiraju fobiju kao izbjegavanje što prekida normalni tijek života, posredovano je strahom, nerazmjerno stvarnoj opasnosti od nekog objekta ili situacije, a i sama fobična osoba uočava da je neutemeljeno. (Davison, Neale 1998). Primjerice, kad se ljudi silno boje visina, zatvorenih prostora, zmija ili pauka, a da pritom nema objektivne opasnosti i taj je strah dovoljno intenzivan da remeti njihov život, vjerojatno ćemo njihovo izbjegavanje i strah označiti kao fobiju. Riječ fobija izvedena je iz imena starogrčkog boga Fobos, koji je zastrašivao svoje neprijatelje. Tijekom godina smišljeno je složeno nazivlje za opisivanje

takvih obrazaca neutemeljenog izbjegavanja. Neki od poznatijih takvih naziva su: *klaustrofobija, agorafobija i akrofobija*¹.

Fobije su relativno česte u općoj populaciji. Istraživanja su utvrdila da je učestalost od 5,9 fobija na 100 ljudi, a pritom mnogo veću učestalost kod žena (8,0) nego u muškaraca (3,4) (Davison, Neale 1998). Mnogi specifični znakovi ne uzrokuju dovoljno značajne teškoće da bi osobu nagnali da potraže pomoć liječnika. Primjerice, ako osoba koja se silno boji zmija živi u gradskom području, vjerojatno će imati vrlo oskudne izravne dodire s predmetom svojeg straha i stoga neće ni pomisliti da s njom nešto nije u redu.

3.1.1. VRSTE FOBIIJA

✓ Specifične fobije

Vidljiv i trajan strah koji je pretjeran ili nerazuman, prouzročen prisutnošću ili očekivanjem specifičnog objekta ili situacije (npr. letenja, visine, životinje, primanje injekcije, gledanje krvi.) (DSM-IV, 1999). Izlaganje fobičnim podražajima gotovo ujednačeno provocira istodobni anksiozni odgovor koji može poprimiti oblik situacijski ograničenog ili situacijski predisponirajućeg paničnog napada. Svega 3% osoba s fobijama pati od specifičnih fobija. Većina takvih fobija javlja se u žena, a vrlo često počinju u ranom djetinjstvu. Međutim, specifične fobije ne moraju biti homogena kategorija. Dob prvog pojavljivanja može se razlikovati u četiri glavne skupine fobija: fobije vezane uz životinje pojavljuju se najranije, oko sedme godine života, fobije vezane uz krv pojavljuju se oko devete godine života, fobije vezane uz zube i zubalo obično oko dvanaeste godine, a klaustrofobija oko dvadesete godine.

✓ Agorafobija

Anksioznost kad je osoba na mjestu ili u situaciji iz koje bi bijeg bio težak (ili neugodan) ili kojima pomoć ne bi mogla biti dostupna, u slučaju neočekivanog situacijskog paničnog napada ili simptoma sličnih panici. Agorafobični strahovi tipično se javljaju u karakterističnim situacijama koje uključuju: osoba je sama izvan doma; osoba je u gužvi ili čeka u redu; osoba je na mostu; i osoba putuje autobusom, vlakom ili automobilom. (DSM-IV, 1999). S bolesnikova gledišta, agorafobija je sigurno uznemirujuća. Pomislite samo kako

¹ *Klaustrofobija* – strah od zatvoreno prostora; *Agorafobija* – strah od javnim mjestima; *Akrofobija* – strah od visina

silno ograničavajući mora biti strah da izađete iz kuće. Možda je upravo stoga agorafobija najčešći viđen oblik fobije u klinikama. Agorafobija čini 60% svih fobija otkrivenih kliničkim pregledima. Češće ju se dijagnosticira kod žena, a problemi započinju u ranoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Poremećaj često započinje rekurentnim napadima panike. Uočljivi su i brojni drugi simptomi uključujući napetost, vrtoglavicu, blaže oblike kompulzivnog provjeravanja - jesu li vrata zaključana, strah od gubitka razuma, te depresija.

Psihofiziološke reakcije potvrđuju klinički dojam da su agorafobične osobe podložne vrlo difuznoj, nespecifičnoj anksioznosti. Zapisi aktivnosti njihova autonomnog živčanog sustava obično pokazuju visok stupanj pobuđenosti, čak i kad su naizgled opuštena. (Davison, Neale 1998).

U DSM-IV, agorafobija se može dijagnosticirati i kad postoji anamneza paničnog poremećaja. Agorafobija se u nekih ljudi razvija od napada panike, koji su katkad anamnestični nazočni u agorafobičnih osoba

✓ Socijalne fobije (Socijalni anksiozni poremećaj)

Značajan i trajan strah zbog jedne ili više socijalnih situacija ili javnih nastupa kod kojih je osoba u krugu nepoznatih ljudi ili je izložena njihovoj pažnji. Pojedinaac se boji da će svojim ponašanjem (ili iskazivanjem anksioznih simptoma) biti ponižen ili da će doživjeti neugodnosti.

Socijalne fobije prilično su štetne, a njihova prevalencija s obzirom na cijelo životno razdoblje je 2%; uostalom iako vjerojatno ne u kliničkim razmjerima, mnogi ljudi osjećaju znatnu nelagodu u društvenim situacijama. Za razliku od drugih fobija što se u žena javljaju češće nego u muškaraca, socijalna fobija javlja se s podjednakom učestalošću u oba spola. Socijalna fobija ima visok komorbiditet s drugim poremećajima i često je združena s generaliziranim anksioznim poremećajem, te izbjegavajućim ili kompulzivnim poremećajima ličnosti. Kako se može i očekivati, ova fobija se općenito pojavljuje u adolescenciji, kad socijalna svijest i interakcije s drugima poprimaju mnogo veću važnost u životu osobe.

3.2. PANIČNI POREMEĆAJ

Panični poremećaj je anksiozni poremećaj koji se očituje u iznenadnim i neobjašnjivim napadima uznemirenosti i straha, koje prate teškoće s disanjem, lupanjem srca, vrtoglavica i drhtanje (Petz, 2005).

Kratkotrajno razdoblje intenzivnog straha ili nelagode tijekom kojeg se četiri (ili više) od sljedećih simptoma razvijaju brzo i dostižu vrhunac unutar 10 minuta:

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

Napadi panike su učestali, obično jednom tjedno ili češće; obično traju nekoliko minuta, a rijetko nekoliko sati, katkad su vezani uz specifične situacije – npr. vožnja automobilom. Postoje *navođeni* panični napadi, to su oni napadi koji su povezani s poticajima iz okoline. Ti se napadi također mogu javiti i u naizgled benignim situacijama, tijekom opuštanja, spavanja i neočekivanih situacija, u tom slučaju govorimo o *nenavođenim* odnosno spontanim napadima.

Učestalost paničnog poremećaja je oko 0,7% kod muškaraca, a nešto više od 1% kod žena. Tipično započinju u ranoj odrasloj dobi, a početak je povezan sa stresnim životnim iskustvima.

U DSM-IV, panični poremećaj se dijagnosticira sa ili bez agorafobije. Panični poremećaj je povratni, neočekivani panični napad. Nakon barem jednog napada slijedi jednomjesečno (ili dulje) razdoblje u kojem se javljaju jedno (ili više) od sljedećeg:

- trajna briga oko novih napada
- zabrinutost oko implikacije napada ili posljedica napada (npr. gubitak kontrole, srčani napad, nastupanje ludila)
- značajna promjena ponašanja vezana uz napade

Odnos između agorafobije i panike je složeniji nego što se čini. Postavlja se pitanje zbog čega neki pacijenti s paničnim poremećajem imaju i agorafobiju. Postoji nekoliko objašnjenja. Prvo, kognicije bolesnika s paničnim poremećajem i agorafobijom katastrofičnije su nego u onih bez agorafobije. Vjerovanje da simptomi napada nagovještavaju nadolazeću smrt mogao bi biti snažan poticaj za izbjegavanje. Učestalost čistog paničnog poremećaja (bez agorafobije) podjednaka je i kod muškaraca i žena, no učestalost paničnog poremećaja s agorafobijom je otprilike četiri puta veća kod žena.

3.3. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)

Pretjerana anksioznost i zabrinutost (strepnje), koja se javlja većinu dana u najmanje 6 mjeseci u vezi s raznim događajima ili aktivnostima (na radnom mjestu, u školi). Osobi je teško kontrolirati zabrinutost. Neki od simptoma su nemir i osjećaj napetosti ili da je osoba na rubu živaca, lako umaranje, poteškoća s koncentracijom ili praznine u razmišljanju, razdražljivost i dr.

Poremećaj obično započinje sredinom drugog desetljeća života, iako mnoge osobe s GAP-om kažu da su i prije toga imale problema. Stresni životni događaji imaju određenu ulogu u pojavi poremećaja. Poremećaj je nešto češći kod žena nego kod muškaraca, a ima znatan stupanj komorbiditeta sa socijalnom fobijom i opsesivno-kompulzivnim poremećajem.

3.4. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ (OKP)

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je anksiozni poremećaj u kojem je um trajno preplavljen mislima koje nije moguće kontrolirati ili je osoba prisiljena neprekidno ponavljati određene postupke. (Davison, Neale 1998).

Obično počinje u ranoj odrasloj dobi, često nakon stresnih događaja kao što su trudnoća, porođaj, obiteljski sukobi i dr. Rani početak češći je kod muškaraca koji je povezan s kompulzijama provjeravanja, dok je kod žena veza s kompulzijama čišćenja.

Opsesija podrazumijeva opsjednutost određenom idejom ili mislima kojih se osoba ne može riješiti, a često ih doživljava kao sebi strane i neprikladne, što izaziva snažno čuvstvo anksioznosti. (Petz, 2005). Dok su slična privremena iskustva imali i mnogi od nas, opsesivna osoba doživljava ih toliko snažno i toliko često da joj to ometa normalno funkcioniranje.

Kompulzija je pretjerana potreba za izvođenjem određenih radnji ili oblika ponašanja, koji sami po sebi nemaju nikakve svrhe, npr. brojenje prozora na kućama, a koje osoba doživljava kao prisilne. Iz vođenja takvih prisilnih radnji smanjuje tenziju izazvanu anksioznošću, pa svaki pokušaj sprečavanja takvog ponašanja izaziva vrlo intenzivnu anksioznost. (Petz, 2005). Česti oblici kompulzije odnose se na čistoću i urednost, a ponekad je riječ i o složenim ceremonijama koje znaju trajati satima. Kad je riječ o provjeravanju, osoba sedam do osam puta provjerava je li nešto obavljeno – ugašena svjetla, isključen plin, zaključana vrata i sl.

3.5. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj odraz je ekstremne reakcije na težak stres, uključujući povećanu anksioznost, izbjegavanja podražaja vezanih uz traumi te otupljivanje emocionalnih reakcija. Za razliku od ostalih psiholoških poremećaja, PTSP također uključuje pretpostavljenu etiologiju, tj. traumatski događaj što ga je osoba izravno doživjela ili mu je bila nazočna ili ga je pak postala svjesna, pri čemu događaj sadrži stvarnu ili prijeteću smrt ili tešku ozljedu.

Simptome PTSP-a razvrstavamo u tri glavne skupine. Dijagnoza zahtijeva da simptomi iz svake skupine traju dulje od jednog mjeseca.

- 1. Ponovno doživljavanje traumatskog događaja** (događaj se često priziva u sjećanje i čest je sadržaj noćnih mora. Snažnu emocionalnu uzbuđenost izazivaju podražaji koji simboliziraju događaj, npr. grmljavina podsjeća na bojišnicu.
- 2. Izbjegavanje podražaja povezanih s događajem ili otupljivanjem reaktivnosti** (osoba nastoji izbjeći razmišljanje o traumi ili susrete s podražajima koji na traumu podsjećaju; čak može postojati amnezija za događaj.
- 3. Simptomi pojačane pobuđenosti** (tu spadaju poremećaji spavanja, smanjena sposobnost koncentracije, povećana pobuđenost, pretjerana reakcija straha na iznenadne podražaje.)

3.6. AKUTNI STRESNI POREMEĆAJ

Postoji razlika između PTSP-a i akutnog stresnog poremećaja. Akutni stresni poremećaj je kratkotrajni reaktivni disocijativni i/ili anksiozni poremećaj, koji nastaje tijekom izloženosti djelovanju snažnog stresora (npr. traumatski događaji, gubitak bliske osobe, teže ranjavanje i sl.) ili neposredno nakon toga. (Petz, 2005). Gotovo svaka osoba doživi stres, katkad i vrlo težak stres. To je normalna pojava. Većina ljudi oporavi se od akutnog stresnog poremećaja već nakon nekoliko dana ili tjedana, pa nastavlja normalno živjeti bez razvoja PTSP-a.

4. TERAPIJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Poremećaji anksioznosti uspješno se tretiraju psihološki, medikamentima ili njihovom kombinacijom. Pošto svaki poremećaj anksioznosti ima svoje posebne karakteristike, tretman ne mora biti isti za svaki poremećaj. Važno je precizno utvrditi specifičan problem prije odluke o načinu tretmana.

Terapijom se ublažavaju ili otklanjaju simptomi bolesti. Neke od vrsta psihoterapije kojima se liječe anksiozni poremećaji su psihoanalitička terapija, bihevioralna, kognitivna te biološka terapija, odnosno biološki pristup koji podrazumijeva liječenje sedativima.

Psihoanaliza, teorija S. Freuda o ljudskom doživljaju i ponašanju, usmjerena na razumijevanje, prevenciju i liječenje mentalnih poremećaja. Bihevioralna terapija predstavlja niz terapijskih postupaka i tehnika, proizašlih iz zajedničke teorijske postavke da je neprilagođeno i poremećeno ponašanje uglavnom naučeno, pa se stoga može mijenjati s primjenom različitih tehnika i načela učenja. Prema osnovnim postavkama bihevioralne terapije poremećaji ponašanja nastaju na dva načina: ili osoba nije stekla neka poželjna ponašanja, pa zbog toga ima problema (npr. *enureza*)², ili je stekla neke nepoželjne oblike ponašanja (npr. fobije), koje treba zamijeniti prikladnim, novonaučenim ponašanjem. Bihevioralna terapija se s manje ili više uspjeha primjenjuje u tretmanu fobija i anksioznih stanja, govornih poremećaja, seksualnih poremećaja, pa čak i kod nekih oblika psihotičnog ponašanja. Nadalje, kognitivna terapija predstavlja oblik psihoterapije A. Becka, koji se osniva na pretpostavci da način na koji pojedinac strukturira i interpretira svoja iskustva određuje njegovo raspoloženje i ponašanje. Tako je npr. samooptuživanje i negativno viđenje prošle, sadašnje i buduće pozicije u životu karakteristika depresivnih osoba, što u velikoj mjeri određuje i njihovo ponašanje. Cilj je kognitivne terapije promijeniti takav način mišljenja kod pacijenata i naučiti ih da misle pozitivno i konstruktivno. (Petz, 2005).

Nadalje u radu ukratko ću opisati pristup svaki od gore nabrojanih terapija na anksiozne poremećaje.

² *Enureza* – nekontrolirano, nehotično uriniranje djeteta starijeg od 3 godine, koje se može javljati u tijeku dana ili noći

4.1. TERAPIJA FOBIIJA

Mnogi ljudi trpe od svojih fobija, katkad šutke i pritajeno. Zapravo, neki od onih, koje bi kliničari proglasili fobičnima, ne misle da imaju problem koji bi zasluživao pozornost liječnika.

✓ Psihoanalitički pristup

Sve psihoanalitičke terapije fobija pokušavaju razotkriti potisnute konflikte, za koje pretpostavljaju da su temelj ekstremnog straha i izbjegavanja karakterističnih za te poremećaje. Kako se samu fobiju smatra simptomom prikrivenog konflikta, njoj se ne pristupa izravno. Današnji analitičari potiču bolesnika da se suoči s fobijom, sam Freud zaključio je da u liječenju nekih slučajeva, dolazi do trenutka u kojem analitičar mora bolesnika ohrabriti na one aktivnosti koje je u prošlosti izbjegavao

✓ Bihevioralni pristup

Široko rasprostranjen oblik bihevioralne terapije je sustavna desenzibilizacija odnosno smanjenje osjetljivosti i reagiranja na određene podražaje i situacije. Fobična osoba u stanju duboke opuštenosti zamišlja niz sve više zastrašujućih prizora. Klinički i eksperimentalni nalazi ukazuju da ta tehnika učinkovito uklanja ili barem umanjuje fobije.

✓ Biološki pristup

Lijekovi što smanjuju anksioznost su sedativi, trankvilizatori ili anksiolitici. Problem u liječenju fobija ili drugih anksioznih poremećaja sastoji se u tome što može biti teško prestati uzimati lijekove. I odveć često se ljudi, umireni anksioliticima, opet suočavaju sa svojim strahovima kada prestanu uzimati lijekove.

4.2. TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

Među biološkim oblicima terapije donekle uspješnim pokazali su se i antidepresivi i anksiolitici. Međutim, Barlow i suradnici (2002)., razvili su detaljnu i po valjanosti dobro provjerenu terapiju što se sastoji od tri glavne komponente:

- ✓ Uvježbavanje opuštanja
- ✓ Kognitivno bihevioralna intervencija
- ✓ Izlaganje unutarnjim poticanjima paničnog napada

Uz vježbu i poticanje/uvjeravanja od strane terapeuta, klijent uči drugačije protumačiti unutarnje osjete i razlikovati ih od signala gubljenja kontrole i panike te prihvatiti kao bezopasne i podložne kontroli nakon stjecanja određenih vještina. (Davison i Neale, 1998).

4.3. TERAPIJE GAP-a

S obzirom na to da većina psihoanalitičara vjeruje da je GAP posljedica potisnutih konflikata, nije čudo da oni bolesniku nastoje pomoći tako da se on suoči s pravim izvorom konflikata. Terapija je uglavnom ista kao i za fobije.

Zbog toga što u GAP-u središnju ulogu ima kronična zabrinutost, nije čudo da se u terapiji koriste i kognitivne tehnike. S druge strane, anksiolitici, kao oni spomenuti u terapiji fobija, vjerojatno su najrašireniji oblik terapije GAP-a. Nažalost, mnoga umirujuća sredstva imaju nepoželjne sporedne učinke, od pospanosti i depresije do fizičke ovisnosti i oštećenja nekih organa.

4.4. TERAPIJE OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA

Općenito gledano OKP je u terapijskom pogledu jedan od najtežih psiholoških problema. Psihoanalitička terapija opsesija i kompulzija nalik je onoj za fobije i generaliziranu anksioznost; riječ je o otklanjanju potiskivanja i suočavanju bolesnika s onim čeka se doista boji. Međutim, psihoanalitički postupci nisu se pokazali učinkovitima u terapiji ovog poremećaja, stoga je taj nedostatak potaknuo neke analitičare na bihevioralan i više na akciju usmjeren pristup. Bihevioralan pristup ujedno je i najrasprostranjeniji oblik liječenja ovog poremećaja. Tijekom takvog pristupa osoba se izlaže situacijama koje izazivaju kompulzivni čin – npr. dodirivanja prljave zdjele – i pri tome se suzdržava od izvođenja uobičajenog rituala – pranja ruku. Katkad je opsesivno-kompulzivne rituale moguće kontrolirati jedino u bolnici gdje je osoblje uvježbano da ograniči bolesnikove prilike za započinjane ritualnih činova.

Sve u svemu, neovisno o obliku terapije, bolesnici s opsesivno-kompulzivnim poremećajem bivaju rijetko izliječeni.

4.5. TERAPIJE PTSP-a

Glavni tretman za osobe s PTSP-om podrazumijeva psihoterapiju (terapiju razgovorom), lijekove, ili oboje. Svaka osoba je različita i zbog toga metode liječenja koje su djelotvorne za jednu, ne moraju neophodno biti djelotvorne i za drugu osobu. Važno je da pacijenta oboljelog od PTSP-a liječi zdravstveni radnik koji ima iskustva sa liječenjem PTSP-a. Neke osobe sa PTSP-om trebaju isprobati različite tretmane da bi se utvrdilo što najbolje djeluje za njihove simptome. Također, jedna od korisnih terapija je kognitivna bihevioristička terapija, koja se sastoji od nekoliko dijelova:

- ✓ Terapija izlaganja - ova terapija pomaže ljudima da se suoče s izvorom svoga straha i da ga kontroliraju. Tijekom ove terapije, oboljele osobe izlažu se traumi koju su preživjeli na siguran način. Koriste se metode zamišljanja, pisanja ili posjete mjestima gdje se događaj desio.
- ✓ Kognitivno restrukturiranje - Ova terapija pomaže pacijentima izboriti se sa ružnim uspomnama. Ponekad se ljudi sjećaju određenog događaja drugačije u odnosu na to kako se on zaista desio. Oni mogu osjećati krivnju ili sram u vezi s nečim što se nije desilo njihovom krivicom. Terapeuti pomažu osobama sa PTSP-om da se sjećaju onoga što se desilo na realističan način.
- ✓ Trening inokulacije stresa - Ova terapija ima za cilj umanjiti simptome PTSP-a podučavajući pacijente kako da umanje anksioznost. Poput kognitivnog restrukturiranja, ovaj oblik liječenja pomaže da se pacijenti sjećaju preživljenih događaja na zdrav način.

4.6. SAMOPOMOĆ

Većina pacijenata samostalno može potražiti detaljne informacije o anksioznosti. Informacije na internetu lako su dostupne, osoba može birati da li će čitati knjigu ili pak slušati CD samopomoći. Tehnike samopomoći poput educiranja i relaksacije mogu biti od velike pomoći za osobe oboljele od anksioznosti. Dostupne su mnoge web stranice koje osoba pomažu u prevladavanju stresa, anksioznosti i depresije. Opće poznato je da je potpora jako bitna kod liječenja mentalnih bolesti. Isto je i s metodama samopomoći. Podrške u obliku vođenja, obrazovanja i treniranja mogu dovesti do pozitivnih ishoda. Svaki oblik samo pomoći zahtijeva predanost od strane pacijenta, te je potrebno određeno vrijeme kako bi došlo do promjene. (McGrandles, Duffy, 2012).

5. ANKSIOZNOST NA POSLU

Iako posao pruža niz pogodnosti kao što su povećani prihodni, društveni kontakti, osjećaj vrijednosti i sl., također može imati negativne posljedice na mentalno zdravlje ljudi. Promjene izazivaju stres odnosno stresna stanja kod zaposlenih. (Bhui i suradnici 2011). Stres je tjelesni i fizički napor koji pojedinac osjeća kao rezultat utjecaja okolnih čimbenika. Stres se mora izučavati zbog tri razloga:

- ✓ Stres može izazvati kod čovjeka psihološki poremećaj i različite psihološke efekte na njegovo zdravlje. Stres može uzrokovati i težu bolest te čovjeka onesposobit, ne samo da odlučuje, već i da uopće obavlja posao.
- ✓ Stres može biti česti razlog nedolaska radnika na posao.
- ✓ Postoji opasnost da se stres prenese i na druge radnike u najbližoj okolini, koji inače nisu tako podložni stresu.

Stres na poslu može dovesti, kako do psihičke tako i do fizičke bolesti zbog koje radnici izbjavaju s posla. Stres, depresija i anksioznost čine 46% vremena zbog kojih ljudi izostaju s posla. Niska socijalna podrška, visoki psihološki zahtjevi, nesigurnost na poslu, diskriminacija, osjećaj manje vrijednosti, podređenosti i sl. uzroci su stvaranja anksioznosti koja je povezana sa stresom i depresivnošću zaposlenih. (Markova, Linden 2008). Međutim, u vezi s upravljanjem stresom menadžeri moraju razumjeti stres i njegov učinak na rad zaposlenika, te identificirati gdje stres u poduzeću stvarno postoji kako bi se pomoglo zaposlenicima da ga kontroliraju. Također, menadžer može smanjiti stres kod radnika samo tako da djeluje na stresore, tj. učinke stresa, koji su ključni za upravljanjem stresom. Kako bi se spriječio razvoj nepoželjnih stresora potrebno je stvoriti organizacijsku klimu koju podržavaju pojedinci, kreirati zanimljive poslove, te kreirati i stvarati programe u vezi s karijerom.

- ✓ Strah od nadređenih

Radno mjesto obično je organizirano prema hijerarhiji, što znači da ljudi obično imaju nadređene i managere kojima su podređeni. Zadatak nadređenih/managera je uputiti i nadzirati radnike, a time i naraditi ili kazniti ih. Upravo zbog prirode posla kojeg obavljaju, nadređeni su potencijalni faktor izazivanja anksioznosti. Kao što sam već navela, potrebno je stvaranje pozitivne atmosfere, koja će omogućiti rješavanje nesuglasica među različitim razinama hijerarhije.

✓ Poslovna i socijalna hijerarhija

Kolege na poslu mogu predstavljati prijetnju. Ljudi žive u skupinama, nema formiranja skupina bez razvijanja hijerarhije, pa tako svaka grupa ima svog vođu. Ovo je osobito slučaj za one koji su u susjednim rangiranim pozicijama kao što su, tko će biti promoviran, tko će dobiti veći ured, tko mora izvoditi manje zanimljiv posao itd. Ono što je bitno je da vođa prepozna negativne znakove kako bi se spriječili mogući socijalni sukobi. Razvojem tehnologije sve se više povećava komuniciranje putem elektroničke pošte što ima za posljedicu izoliranje ljudi, sve manje komunicira licem u lice, zbog čega se obično dolazi do nesporazuma i sukoba u organizaciji.

✓ Socijalni konflikti i mobing

Ljudi obično borave skupa na radnom mjestu, odnosno uredu gdje ponekad provode više vremena nego sa svojim obiteljima. Upravo zbog toga postoje ljudi na poslu koji se vole odnosno ne vole, te koji podupiru jedni druge, odnosno ne podupiru. Konflikte na poslu gotovo je nemoguće izbjeći upravo zbog različitih stavova pojedinaca. Međutim, biti okružen svaki dan takvim osobama ima za negativnu posljedicu svakodnevnog života pojedinca. Neke osobe s anksioznim poremećajima priznale da su ih kolege i šefovi na radnom mjestu često maltretirali.

✓ Radno mjesto i socijalna potpora

Istraživanja su pokazala da osobe koje imaju bolju socijalnu potporu, manje osjećaju stres na radnom mjestu, za razliku od onih koji nemaju potporu. Nekoliko istraživanja je pokazalo da socijalna potpora među kolegama, kao i potpora između nadređenih i podređenih, dovodi do razvitka pozitivne organizacijske klime, boljih odnosa unutar poduzeća i smanjenju stresa.

6. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S ANKSIOZNYM POREMEĆAJIMA

Indikatori kvalitete života koristili su se u medicini radi procjene utjecaja raznih bolesti na funkcioniranje osoba koje pate od anksioznih poremećaja te kako bi se usporedile uspješnosti oporavka različitih metoda liječenja. Procjena kvalitete života kod pacijenata oboljelih od anksioznih poremećaja pruža nam informacije o prirodi i obujmu poteškoća s kojima se susreću te omogućuje razvitak kvalitetnih metoda liječenja. Studije anksioznih poremećaja opisane su kao bolesti koje značajno kompromitiraju kvalitetu života i psihosocijalno funkcioniranje. Također, manji intenziteti anksioznosti mogu bitno utjecati na kvalitetu života pojedinca ukoliko se ne liječe. Studije Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, NIMH (National Institute of Mental Health), pokazale su da anksiozni poremećaji imaju najveću stopu pojavljivanja od svih mentalnih poremećaja s činjenicom da će se 14,6% populacije tijekom života susresti s nekim oblikom anksioznih poremećaja. (Medlowicz, Stein 2000)

Koncept kvalitete života razvio se tijekom medicinskih istraživanja liječenja raka kada se procjenjivalo kako određeni lijek, osim na produljenje života, utječe na blagostanje pacijenta. Kako je kvaliteta života samo subjektivna procjena pojedinca o životu, teško je objektivno odrediti najbolju metodu liječenja za pojedinu osobu. Navode se 4 domene koje se smatraju najbitnijima za procjenu kvalitete života, a to su:

- ✓ fizički status
- ✓ fizički simptomi liječenja
- ✓ psihološko funkcioniranje
- ✓ sociološko funkcioniranje

Tijekom istraživanja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje osoba s paničnim napadajima, njih 35% izjasnilo se da su „dobrog ili lošeg“ fizičkog zdravlja, dok ih se 38% izjasnilo da su „lošeg“ emocionalnog zdravlja. Nadalje, osobe koje nemaju učestale napadaje panike također pokazuju značajna pogoršanja svog doživljaja fizičkog i emocionalnog zdravlja. Istraživanja su također pokazala da depresivne osobe lošije percipiraju kvalitetu života za razliku od osoba s paničnim napadajima. Smatra se da panični napadaji manje ograničavaju osobe u obavljanju svakodnevnih poslova za razliku od osoba s drugim kroničnim anksioznim poremećajima, upravo zbog toga jer panični napadaji nisu toliko učestali.

Problematika socijalne fobije ozbiljnije se počela shvaćati tek krajem 80-ih godina prošlog stoljeća kada se prestalo doživljavati socijalnu fobiju kao izraženiji oblik sramežljivosti. Određene studije pokazale su kako se subjekti s oblicima socijalne fobije značajno manje financijski osamostaljeniji od normalnih subjekata. Studije su također ukazale na to da je socijalna fobija negativno korelirana s razinama edukacije i primanja te da je izraženija među pojedincima koji nisu u braku, studentima, nezaposlenima te onima koji žive s roditeljima. U toj studiji se polovica ispitanika sa socijalnom fobijom izjasnilo kako su u jednom periodu svog života bili značajno zakinuti u normalnom funkcioniranju s ostalim osobama, te kako su potražile profesionalnu pomoć ili koristili lijekove. Negativni utjecaji na kvalitetu života osoba sa socijalnom fobijom očituje se i kod pojedinaca koji nemaju toliko izražene simptome koji bi nadilazili dijagnostičke kriterije za tu bolest. Takve osobe često izbjegavaju javne govore, jedenje u javnosti ili upoznavanje s novim ljudima iako nisu, strogo gledano, socijalno fobični. Također, uočena je i korelacija s lošijom ocjenom u školi te manjim brojem prijatelja. Socijalna fobija karakterizirana strahom od govornog izražavanja manje je ustrajna, ograničavajuća i komorbiditetna od socijalne fobije karakterizirane općenitim strahom.

Pogrešno je shvaćanje kako PTSP može nastati samo kao posljedica ratnih događaja ili neobično intenzivnih trauma iz civilnog života. PTSP može uzrokovati širok spektar trauma koje osoba doživljava tokom života. Bitno je naglasiti da su intenziteti osjećaja straha, nemoći i šoka uslijed traumatičnog događaja pod subjektivnim doživljajem individue. Studije na veteranima Vijetnamskog rata sa simptomima PTSP-a pokazale su značajnu degradaciju kvalitete života tih pojedinaca u odnosu na pojedince bez PTSP-a u pogledima osobnog blagostanja, fizičkog zdravlja, nezaposlenosti, fizičke limitiranosti i izvršenja nasilnih radnji. Također, razlike između spolova u pogledu kvalitete života osoba s PTSP-om bile su minimalne do nepostojeće. Kod veterana Vijetnamskog rata sa simptomima PTSP-a uočena izraženija problematika bračne, roditeljske i obiteljske prilagodbe u odnosu na veterane bez PTSP-a. Osobe s manje izraženim karakteristikama PTSP-a također pokazuju negativne interferencije s poslovnim i edukacijskim segmentom života u odnosu na osobe bez PTSP-a.

Do 1980-ih godina opsesivno-kompulzivni poremećaj smatrao se poremećajem rijetke učestalosti te ne postoji velik broj studije koje su istraživale utjecaj OKP-a na kvalitetu života. U studiji koja je uspoređivala osobe s OKP-om i osobe sa simptomima depresije ili dijabetesa pokazalo se da osobe s OKP-om imaju više pokazatelje fizičkog zdravlja te da su blizu generalne populacijske norme. S druge strane, pokazatelji mentalnog zdravlja bili su niži od

generalne populacijske norme. Pacijenti s OKP-om često su prijavljivali interferenciju poremećaja s pasivno-rekreacijskim radnjama kao što je čitanje.

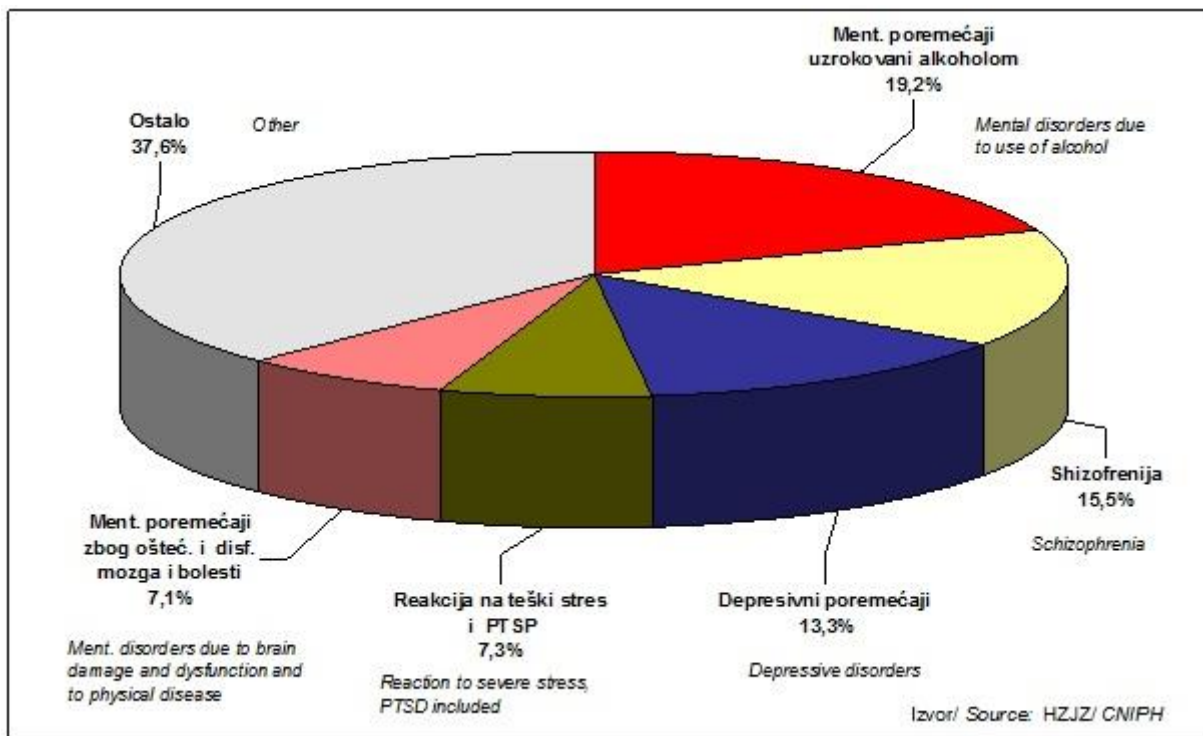
Za generalizirani anksiozni poremećaji se još uvijek vode debate je li to zasebni poremećaj ili rezidualna faza ostalih poremećaja, odnosno komorbiditetno stanje. U nekim studijama s osobama s cjeloživotnim generaliziranim anksioznim poremećajima uočeno je da je 80% njih tokom života imalo i neki drugi komorbiditetni poremećaj raspoloženja. Osobe s GAP-om su češće nevjenčani ili razvedeni te pokazuju indirektno dokaze limitiranosti u pogledu nižih financijskih primanja. Nadalje, ometanje normalnog funkcioniranja, degradacija kvalitete socijalnog života, općenito loše zadovoljstvo životom i narušavanje emocionalnog zdravlja dodatni su pokazatelji negativnog utjecaja na kvalitetu života.

7. DEPRESIJA I ANKSIOZNI POREMEĆAJI U HRVATSKOJ

Prema procjenama opterećenja bolestima (DALYs, Disability-Adjusted Life Year) za Hrvatsku za 2002. godinu, mentalni i neurološki poremećaji na 2. su mjestu među vodećim skupinama dizabilitata; kod muškaraca s udjelom od 20,7%, a kod žena s udjelom od 25,6%. Također, među 10 vodećih uzroka ukupnog opterećenja bolestima prema dijagnostičkim entitetima, tri su iz skupine mentalnih poremećaja: unipolarni depresivni poremećaji s udjelom 7,5% na 3. mjestu, slijede poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 4,7% te Alzheimerova i druge demencije s udjelom 2,6% na 7. mjestu.

Skupina mentalnih/duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja godinama sudjeluje s udjelom 6-7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija, u dobi je 20-59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Osim toga, svaki 4. ili 5. dan bolničkog liječenja koristi se za mentalne/duševne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. Također, psihijatrijski pregledi sudjeluju s udjelom 7-8% u ukupnom broju specijalističkih pregleda na razini specijalističko-konzilijarne djelatnosti. (Radić-Silobrčić 2011)

U 2009. godini registrirano je ukupno 9.689 hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom, 6.787 zbog shizofrenije, 5.691 hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja te 5.076 hospitalizacija zbog reakcija na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Te četiri dijagnostičke kategorije predstavljaju skoro dvije trećine svih uzroka hospitalizacija zbog mentalnih/duševnih poremećaja kao što je moguće vidjeti na slici 1.



Slika 1. Bolnički pobol zbog mentalnih/duševnih poremećaja u Hrvatskoj 2009. Godine (Radić-Silobrić 2011)

8. ZAKLJUČAK

Psihološki faktori vrlo su značajni u nastanku anksioznih poremećaja, a odnose se na okolnosti ranog razvoja i stres. S obzirom na to da je život posljednjih nekoliko godina, kako u svijetu, tako i kod nas, postao izuzetno stresan, anksiozni poremećaji postali su učestaliji, naročito među mlađom populacijom.

U pokušaju da se zaštite i izliječe oni koji se suočavaju sa ovom vrstom bolesti, a da toga možda nisu ni svjesni, neophodno je otvarati psihosocijalna savjetovaništa i radionice. Od velikog značaja za ozdravljenje ali i kao preventiva, značajno je uvođenje savjetovanja i pomoći porodicama jer oni, s druge strane, imaju centralnu ulogu u podršci koja je potrebna oboljelima. Praktična i socijalna podrška ima važnu ulogu u olakšavanju oporavka ili barem ublažavanja anksioznih poremećaja. Zato je bitno omogućiti i praktične savjete o tome kako pristupiti odgovarajućim službama koje bi se profesionalno mogle pobrinu za pacijenta, naročito u ranoj fazi nastanka poremećaja.

Kada je riječ o konkretnom liječenju osoba oboljelih od pojedinih anksioznih poremećaja u primarnoj zaštiti, odgovornost treba preuzeti liječnik opće prakse koji treba procijeniti je li potrebna psihijatrijska pomoć. Liječenju svakog pojedinca oboljelog od anksioznog poremećaja treba prići individualno i napraviti specifični plan liječenja koji može uključivati medikamentozno liječenje, psihoterapiju i druge nemedikamentozne postupke, a najčešće njihovu kombinaciju.

9. SAŽETAK

Anksioznost je stanje obilježeno prekomjernim osjećajem straha i strepnje. Osobe s anksioznim poremećajima osjećaju zabrinutost koja ih preplavljuje iako se i njima samima čini neutemeljenom. DSM-IV navodi šest glavnih dijagnoza: fobije, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj te akutni stresni poremećaj.

Postoji mnogo oblika terapije anksioznih poremećaja. Neke od njih su psihoanalitička te bihevioralna terapija. Također, uzimanje lijekova na preporuku liječnika vjerojatno je najrasprostranjeniji oblik terapije. Međutim, lijekovi su podložni zlouporabi, a dugotrajno uzimanje lijekova može imati neželjene učinke.

Kako bi se poboljšalo liječenje osoba oboljelih od anksioznih poremećaja, potrebno je otvarati savjetovališta i radionice.

10. ABSTRACT

Anxiety is a condition marked by an excessive feeling of fear and anxiety. People who have anxiety disorder feel constant worry although it seems unfounded even to them. DSM-IV lists six different diagnoses: phobias, panic disorder, generalized anxiety disorder, obsessive – compulsive disorder, posttraumatic stress disorder and acute stress disorder.

There are many different kinds of therapies of anxiety disorders. However, usage of medicines when recommended by doctor is probably the most widespread kind of therapy. But, medicines are often misapplied and prolonged usage of medicines can have bad effects.

In order to improve the treatment of people who suffer from anxiety disorders it is necessary to open clinics and workshops.

Literatura:

1. Bhui, K.S. i ostali, *Stress at work*, Centre for Psychiatry, 2011.
2. Davison, G.C., Neale, J.M., *Psihologija abnormalnog ponašanja*, Naklada Slap, 1998.
3. First, M. B., Frances, A., Pincus H. A., *DSM-IV, Priručnik za diferencijalnu dijagnostiku*, Naknada Slap, 1997.
4. Markova, M., Linden, M., *Job anxiety*, Rehabilitation Center, 2008.
5. McGrandles, A., Duffy, T., *Assessment and treatment of patients with anxiety*, Nursing Standard, 2012.
6. Mendlowicz, M.V., Stein, M.B., *Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders*, Am J Psychiatry, 2000.
7. Petz, Boris, *Psihologijski rječnik*, Naklada Slap, 2005.
8. Petz, Boris, *Uvod u psihologiju*, Naklada Slap, 2001.
9. Radić, Silobrčić, M., *Mentalno zdravlje*, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 28., 2011.
10. Ratus, Spencer, A., *Temelji psihologije*, Naknada Slap, 2000.