



NEUROZE

F40-F48 NEUROTSKI, VEZANI UZ STRES I SOMATOFORMNI POREMEĆAJI

**mr.sc. Elvira Koić, dr.med.
Opća bolnica Virovitica**

Predavanja za srednje škole

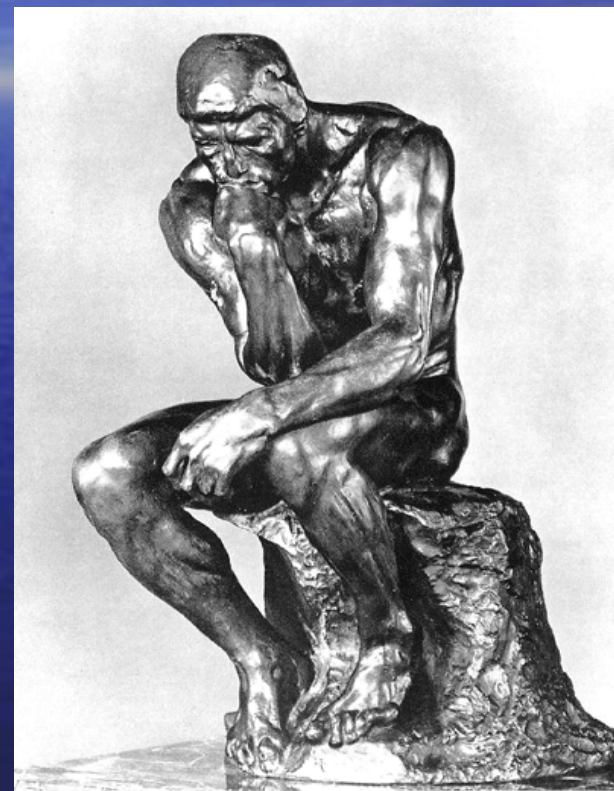
F32 – Depresivni poremećaji

Najveći uzrok radne i socijalne nesposobnosti među odraslima

- 3 – 4 % pučanstva - teži oblici
- 1,5 – 2 % pučanstva - blaži oblici
- Broj oboljelih se stalno povećava
- Prema SZO-u depresija je trenutno 4. najveći svjetski problem, a 2020. bit će 2.

Depresija je:

- Nепреpoznata u **50%** slučajeva
- Neliječena u **75%** slučajeva
- Nedovoljno liječena u **90 %** slučajeva
- **Primjereno liječena u 10 % slučajeva**



Auguste Roden
MISLILAC

F40-F48 NEUROTSKI, VEZANI UZ STRES I SOMATOFORMNI POREMEĆAJI

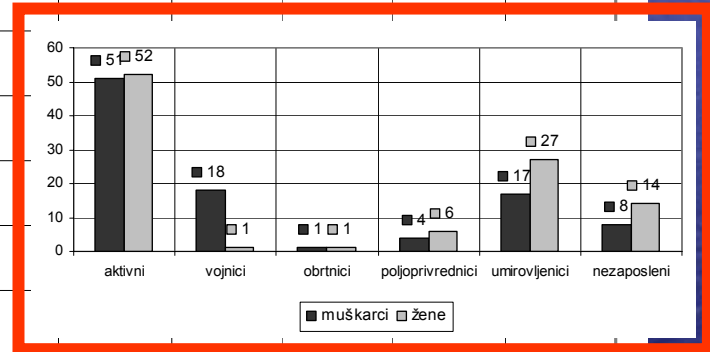
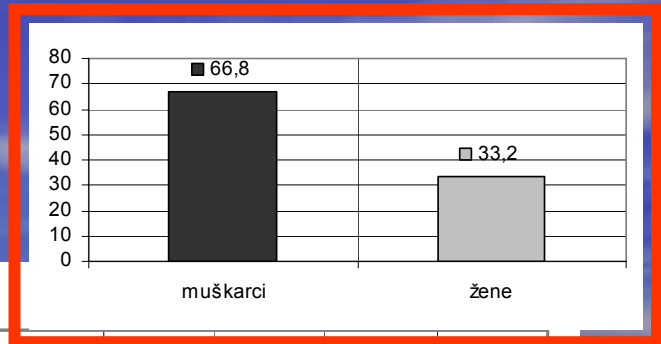
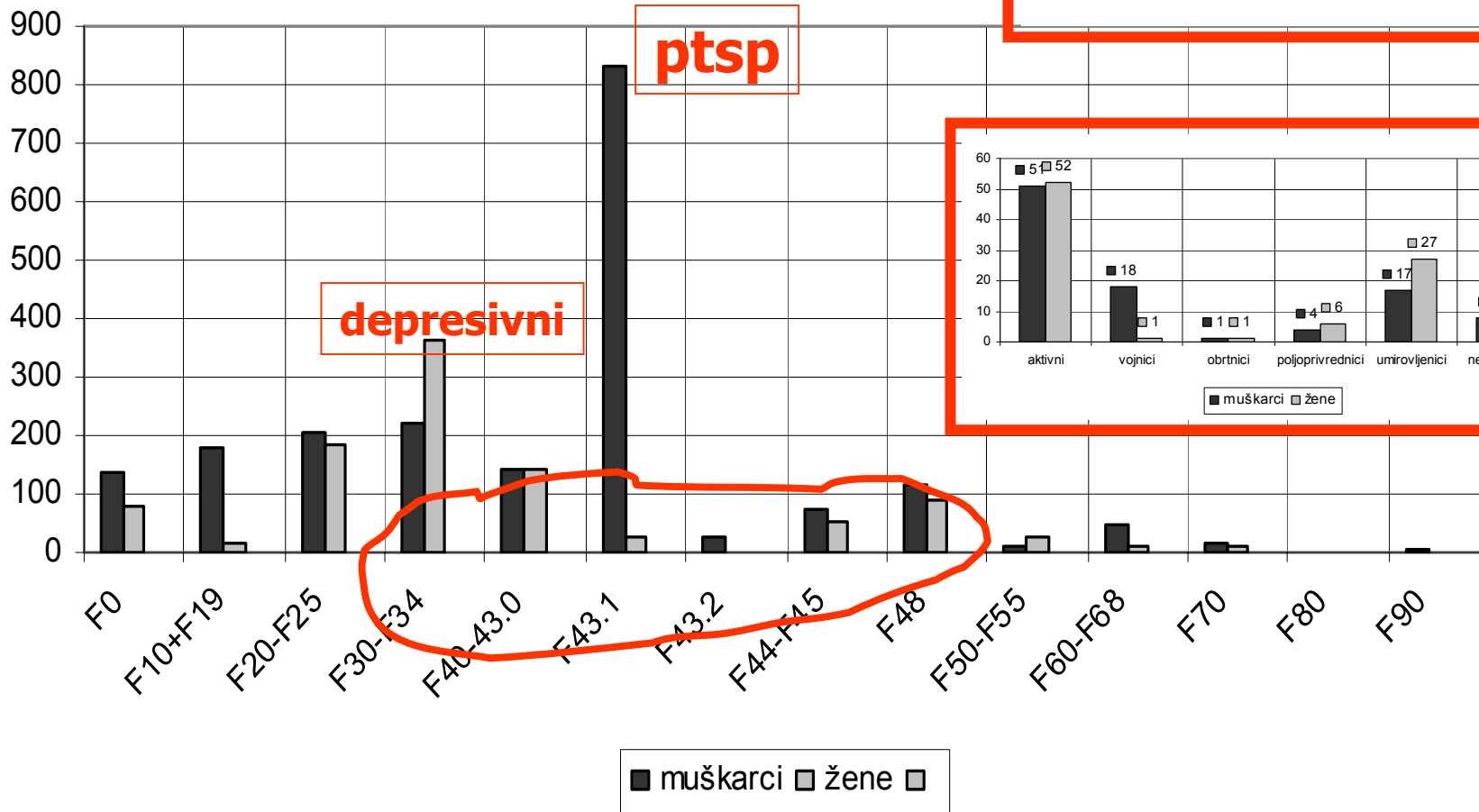
- najčešći psihijatrijski poremećaji
- 20% odraslih tijekom života dobije anksiozni poremećaj
- dvostruko češći u žena nego u muškaraca
- više od 1/2 osoba sa životnom dijagnozom psihijatrijskog poremećaja nije nikada liječeno
- u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prepozna se tek 1/2 neurotskih poremećaja kod osoba koje posjete ambulantu



**Subjektivni
osjećaj
PATNJE**

**JER JE SIMPTOM DISTON,
A NE SINTON (kao kod psihopata)**

Statistika naših ambulanti



Klasifikacija

MKB 10. Revizija

Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji

- F 40 Fobični anksiozni poremećaji
- F 40.0 Agorafobija
- F 40.1 Socijalne fobije
- F 40.2 Specifične (zasebne) fobije

- F 41 Ostali anksiozni poremećaji
- F 41.0 Panični poremećaj
- F 41.1 Opći anksiozni poremećaj
- F 41.2 Miješana anksioznost i depresivni poremećaj

- F 42 Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- F 42.0 Pretežno prisilne (opsesivne) misli
- F 42.1 Pretežno prisilne (kompulzivne) radnje
- F 42.2 Miješane prisilne misli i radnje

- F 43 Reakcije na teški stres i poremećaj prilagodbe
- F 43.0 Akutna reakcija na stres
- F 43.1 Posttraumatski stresni poremećaj
- F 43.2 Poremećaj prilagodbe

DSM IV

- F 41.0 Panični poremećaj bez agorafobije
- F 41.01 Panični poremećaj s agorafobijom
- F 40.00 Agorafobija bez prethodne anamneze Paničnog poremećaja
- F 40.2 Specifična fobija
- F 40.1 Socijalna fobija
- F 42.8 Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- F 43.1 Posttraumatski stresni poremećaj
- F 43.0 Akutni stresni poremećaj
- F 41.1 Generalizirani anksiozni poremećaj
- F 06.4 Anksiozni poremećaj zbog... (navesti opće zdravstveno stanje)
- F 41.9 Anksiozni poremećaj



F40. FOBIČNI POREMEĆAJ =
neurotski poremećaj kod
kijih postoji povišena
anksioznost (ustrašenost)

- **glavni ili centralni strah** vezan za specifične okolnosti koje realno nisu opasne, zatim
- **strah od straha tj.**
- **strah u očekivanju fobičkih okolnosti,**
- te **ponašanje izbjegavanja.**

Često se žale i na strah od umiranja, gubitka kontrole ili strah da će poludjeti, uz osjećaj slabosti koji prati strah. (Mali Hans)

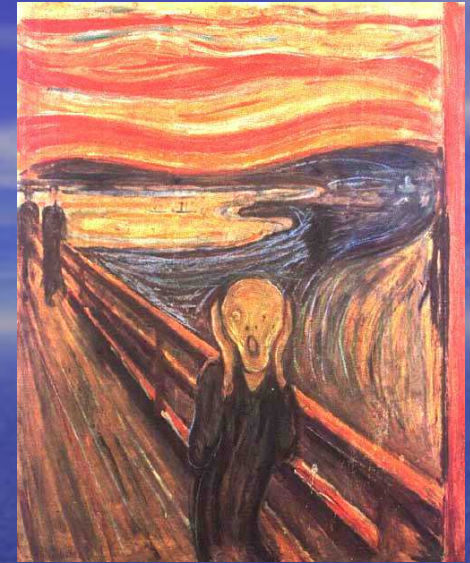
- agorafobija,
- socijalne fobije-
- antropofobija, akrofobija, klaustrofobija.....

● **Strah je afekt koji ima motornu i osjećajnu komponentu.**

● **Fobije se dijele na:**

1. racionalne -
refleksni odgovor
na moguću opasnu
situaciju

2. iracionalne.



F41.0 - PANIČNI POREMEĆAJ

= neurotski poremećaj koji karakteriziraju

povratni napadaji teške panike, nepredvidivo, bez obzira na okolnosti, uz iznenadno povišenje ustrašenosti, lupanje srca, bol u grudima, gušenje, vrtoglavicu, depersonalizaciju i derealizaciju tj. osjećanje nestvarnosti, znojenje, napetost, nelagodu u epigastriju.



F41.1. - OPĆI ANKSIOZNI POREMEĆAJ karakterizira

- opća anksioznost tzv. slobodno lebdeći strah,
- uz strašljivo iščekivanje,
- opći generalni strah
- te somatski simptomi napetosti.



F41.2 - OPSESIVNO KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

karakteriziraju opsesivne misli= su povratne prisilne misli, predodžbe ili poticaji koji se stereotipno javljaju bez vlastite volje, a bolesnik ih doživljava kao svoje, izazivaju nelagodu, ometajuće su, i dovode do disfunkcija.

Prisilne radnje (kompulzije) = rituali ili ponašanja koja se ponavljaju bez ugone i bez smisla, besmisleno, no ne može im se oduprijeti, uz povišenu anksioznost.

Svrha im je spriječiti događaj koji zapravo nije vjerojatan, a mogao bi predstavljati opasnost.

Npr. pranje ruku, provjeravanja vrata....



F43.0 - AKUTNA REAKCIJA NA STRES, krizno stanje, psihički šok

- = je odgovor na fizički ili psihički stres a javlja se odmah iza događaja i povlači se za nekoliko sati ili dana.
- Javlja se zbunjenost, suženje svijesti i pažnje, nesposobnost razumijevanja podražaja i dezorijentacija, povlačenje osobe gotovo do stupora ili pretjerana aktivnost, bijeg, ili panična anksioznost, tahikardija, znojenje, crvenjenje.
- Moguća je amnezija za epizodu.



F43.1 - POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)



= zakašnjeli, odgođeni ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju koja je izuzetno ugrožavajuće ili katastrofične prirode, a uzrokuje globalni distress u svakoga.

Npr. situacija ugroženosti života, blizine pogibije ili teške patnje bliskih osoba, katastrofa...

Postoji

- anksioznost i depresija,
- suicidalna promišljanja,
- pretjerana budnost pažnje,
- pojačana reakcija uplašenosti i nesanica,
- noćne more,
- osjećaj emocionalne tuposti, obamrlosti,
- nereaktivnost na događaje u okolini,
- izbjegavanje okolnosti i aktivnosti koje podsjećaju na traumu,
- eksplozivnost,
- nemogućnost tolerancije frustracija,
- te epizode ponovnog proživljavanja traume u kratkotrajnim sjećanjima (flashbacks).



F43.2. POREMEĆAJI

PRILAGODBE = emocionalni poremećaj koji se javlja u razdoblju adaptacije na znatnu promjenu života ili stresni događaj.

Npr. nečija smrt, iskustvo odvajanja od voljenih osoba,

preseljenje,

susret s drugom kulturom,

izbjeglištvo,

polazak u školu,

rođenje djeteta,

razvod braka,

umirovljenje,

propuštanje postizanja osobitog cilja...

- **kulturalni šok**
- **žalovanje**
- **hospitalizam**
- **adolescentna kriza**



F44 - DISOCIJATIVNI /KONVERZIVNI/ POREMEĆAJ- (hysteria) =

- neurotski poremećaj tjelesnih funkcija koje su normalno **pod voljnom kontrolom** i gubitka osjeta,
- za koje postoje dokazi da je gubitak funkcije zapravo izraz emocionalnog konflikta ili potreba,
- često u uskoj vezi sa stresom,
- a medicinskim pregledom nije dokazan poznati fizički ili neurološki poremećaj.
- Simptomi označuju bolesnikovu koncepciju kako bi se fizička bolest očitovala.

Amnezija= gubitak pamćenja nekih važnih događaja, uglavnom djelomičan i selektivan u odnosu na traumu.

Fuga= nesvršishodna putovanja, uz potpunu amneziju.

Stupor= veliko smanjenje ili odsutnost voljnih pokreta i normalnog reagiranja na svjetlo, buku, dodir.

stanja transa i opsjednutosti= neželjeni privremeni osjećaj gubitka osobnog identiteta i svijesti o okolini, izvan religijskih i kulturalno prihvatljivih stanja.

disocijativni motorni poremećaj (afonija, disfonija, konvulzije) =gubitak sposobnosti pokretanja dijelova ili čitavog tijela, ili grčevi nalik na epileptičke, bez ugriza jezika i inkontinencije mokraće često uz očuvanu svijest.

anestezija i gubitak osjeta, psihogena gluhoća, sljepoća ili gubitak osjeta mirisa ili okusa, ne odgovaraju neurološkim lezijama

sindrom višestruke ličnosti, psihogena sumračna stanja, Ganserov sindrom

F45 - SOMATOFORMNI POREMEĆAJ-(hysteria)

= poremećaji koji uključuju osjete posredovane autonomnim živčanim sustavom, tj. **bez voljne kontrole.**

Postoje subjektivne žalbe koje su nespecifične i promjenjive, npr. osjećaj napuhnutosti, nadutosti, težine, žarenja, pečenja, napetosti, koje bolesnik pripisuje određenom organu, ali i neki objektivni znakovi autonomnog poticanja, kao što su lupanje srca, znojenje, drhtanje, crvenjenje te strah od mogućeg tjelesnog poremećaja.

Dakle, bolesnik iznosi simptome kao da su vezani uz poremećaj organa ili sustava koji su autonomno kontrolirani (kardiovaskularni, probavni, dišni, urogenitalni).

Traže bezbrojne pretrage, koje su uvijek negativnih rezultata, ali se ne daju razuvjeriti.

Autonomna, vegetativna disfunkcija: srčana, **želučana neuroza**, neurocirkulatorna astenija, psihogena aerofagija, kašalj, diarea, dispepsija, dizurija, flatulencija, štucanje, hiperventilacija, iritabilni kolon, znojenje....

Hipondrijski poremećaj i nozofobija (strah od bolesti, npr. **karcinofobija**)= zaokupljenost mogućnošću da je prisutan tjelesni poremećaj, zaokupljeni su svojim izgledom.

psihogena dizmenorea, disfagija
«globus hystericus», svrbež

bolni poremećaj, **psihalgija**: bolna leđa; neurotska, tenziona glavobolja= glavna tegoba je bol koja se ne može objasniti fiziološkim procesom ili tjelesnom bolešću. Rezultat je obično sekundarna dobit-povećanje potpore obitelji ili medicinske.

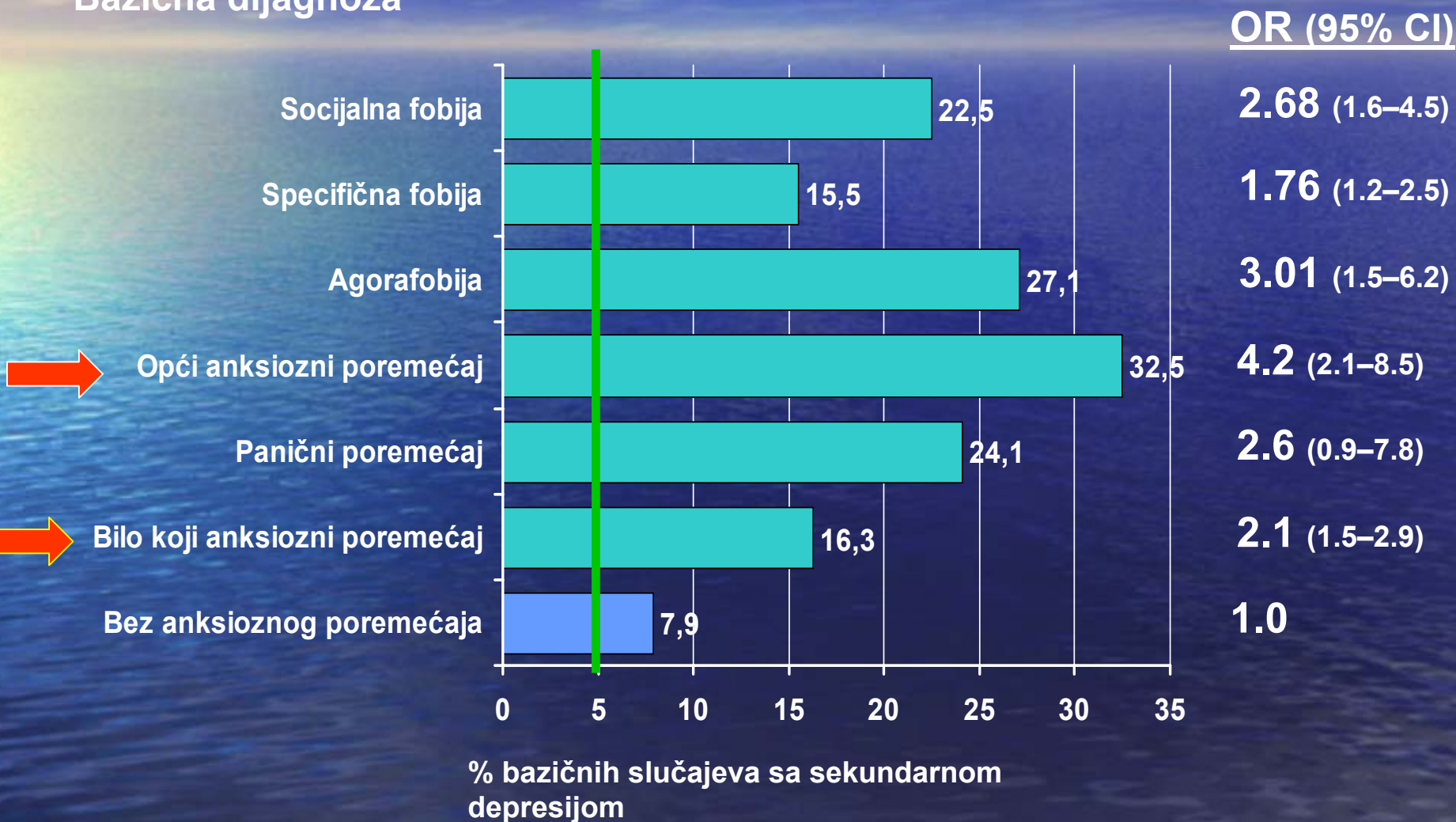
F34 - NEURASTENIA, kronični sindrom umora

- = osoba se tuži na povećan umor nakon duševnog ili i nakon manjeg tjelesnog napora,
- udružen sa smanjenim učinkom na poslu ili kod kuće,
- te poteškoće koncentracije, razdražljivost, napetost, tjelesnu slabost, iscrpljenost, nemogućnost opuštanja.
- Javljaju i vrtoglavicu, tenzijsku glavobolju, opću nestabilnost, te često hipersomniju.



Anksiozni poremećaji: 5-godišnji rizik za razvoj sekundarne depresije

Bazična dijagnoza



Anksiozno- depresivni poremećaj

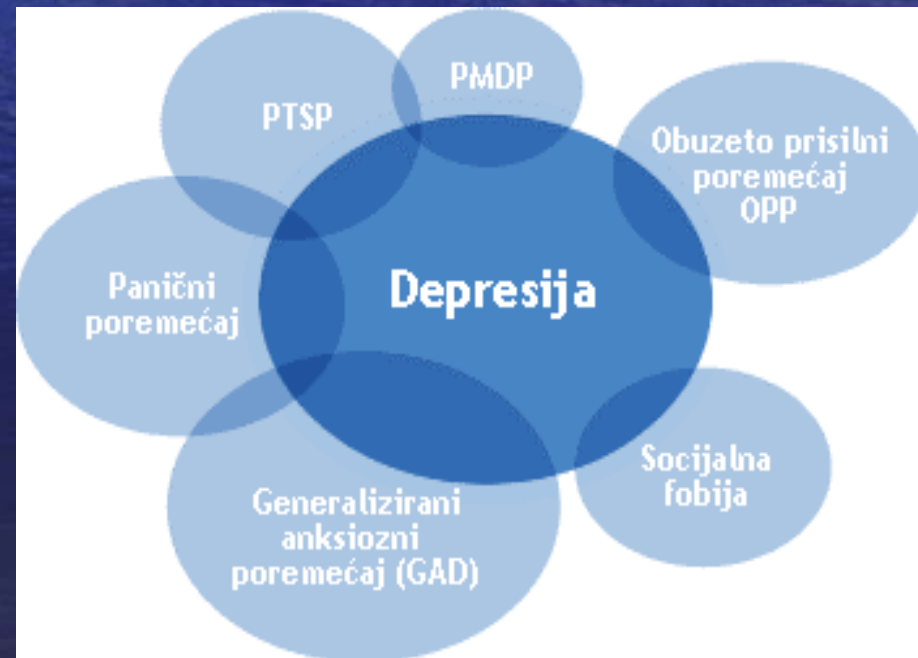


F41.2 - ANKSIOZNO-DEPRESIVNI POREMEĆAJ

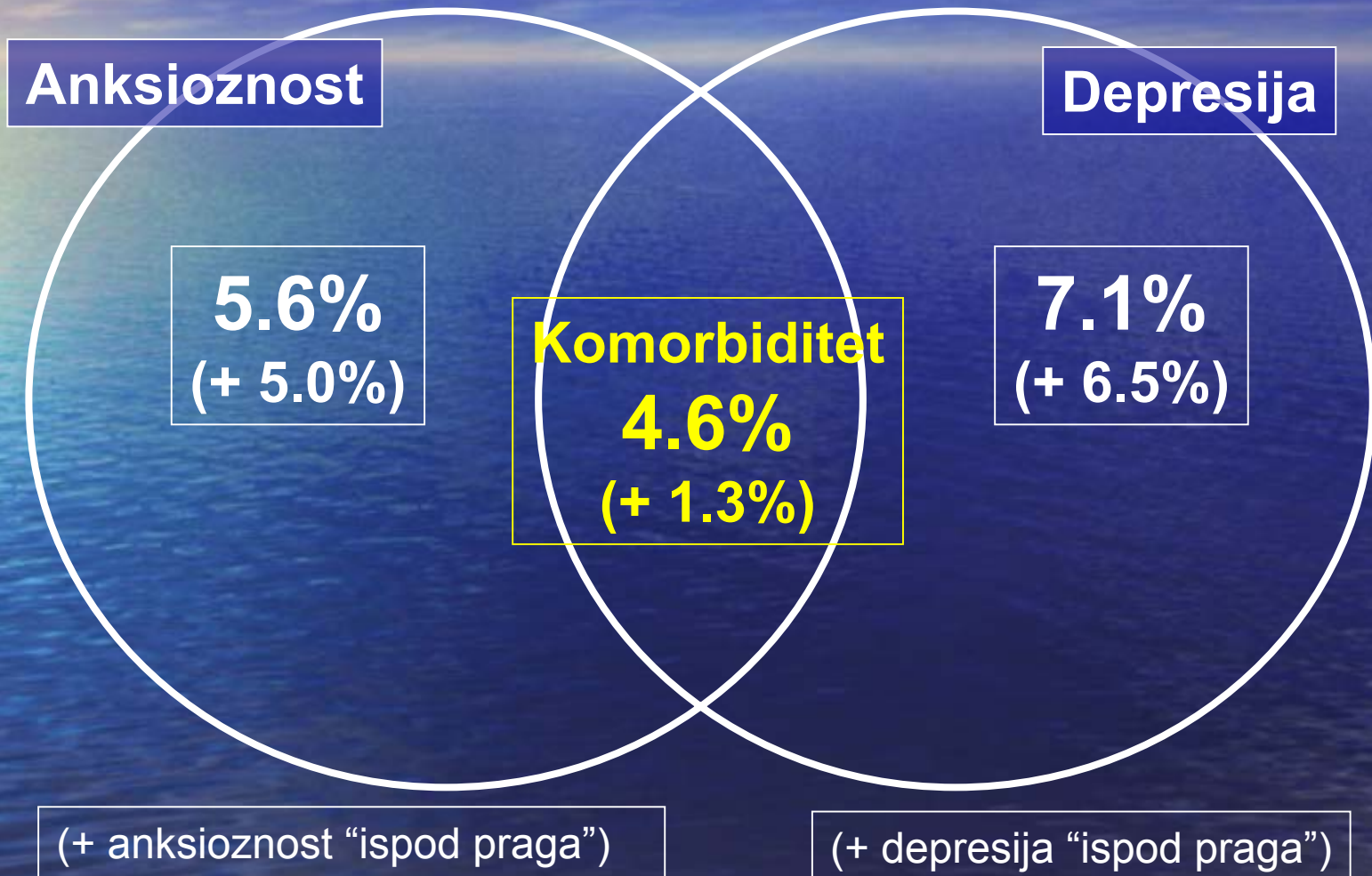
- Kada niti simptome depresije niti simptome anksioznosti ne možemo izdvojiti kao dominantne - tada dijagnosticira anksiozno-depresivni poremećaj.
- Simptomi anksioznosti tipično prethode razvoju depresivnih simptoma.

50 do 60% bolesnika s nekim anksioznim poremećajem istovremeno boluje i od depresije i obrnuto; tada govorimo o komorbiditetu depresije i anksioznog poremećaja.

- U nekim slučajevima anksioznost, nelagodnost i motorna agitacija mogu biti jače izražene nego li depresija,
- a promjena raspoloženja može biti maskirana drugim simptomima kao što su
- razdražljivost, prekomjerna konzumacija alkohola ili hipohondrijske preokupacije.

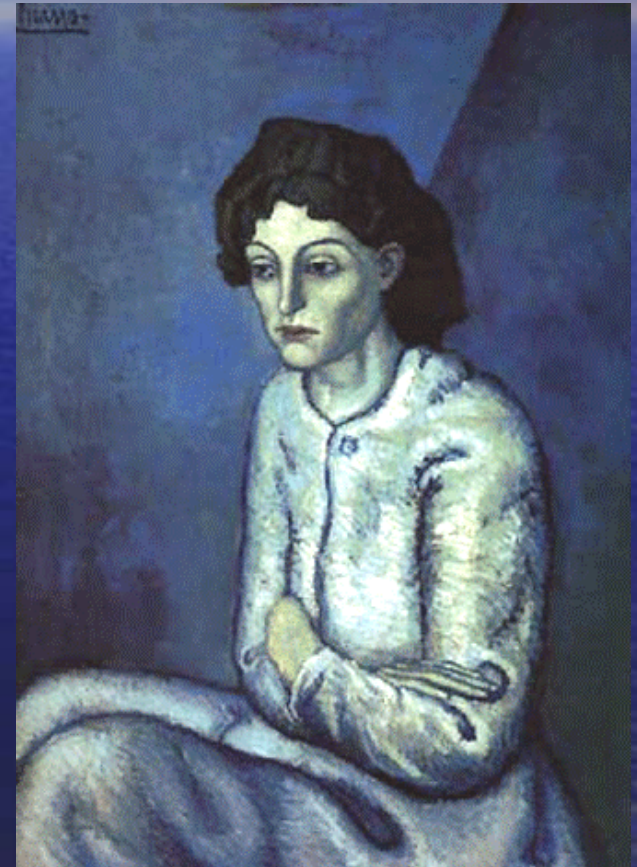


Anksiozno – depresivni poremećaji



F41.2 – miješani anksiozno-depresivni poremećaj (preklapanje simptoma anksioznosti i depresije)

- Glavno je obilježje anksiozno-depresivnog poremećaja stalno ili ponavljajuće promijenjeno raspoloženje
- uz koje se javljaju neki od sljedećih simptoma:
 - teškoće pri koncentraciji ili "praznina" u glavi,
 - smetnje spavanja (teškoće pri uspavlivanju, nemiran ili nezadovoljavajući san),
 - umor ili nedostatak energije,
 - razdražljivost,
 - zabrinutost,
 - plačljivost,
 - očekivanje najgoreg,
 - pesimizam glede budućnosti,
 - nisko samopoštovanje ili osjećaj bezvrijednosti,
 - **tjeskoba.**



Picasso, Žena s prekriženim rukama

Anksioznost, tjeskoba, strepnja, strašljivo iščekivanje

je najčešći emocionalni poremećaj, koji se javlja kod mlađih i starijih osoba.

- Obično se ovaj poremećaj javlja tijekom rane adolescencije ili ranog odraslog doba.
- Freud se oslanja na socijalnu realnost.
- Kao korijen anksioznosti Freud uzima motorne reakcije na rađanje i situacije uskraćivanja ljubavi u ranom djetinjstvu.
- Organizam je ranjiv zato što je **bespomoćan**, što izaziva da u kasnijem životu reagira anksioznošću.
- U teoriji anksioznosti vidljiv je i strukturalni model (strukture id i ego).
- Nova teorija anksioznosti odbacuje libido, naglašava ulogu ega koji nema dovoljno energije, što upozorava organizam na opasnost.

- Koji su uzroci?
- Velika važnost pridaje se predispoziciji ili sklonosti neke osobe ka anksioznom reagiranju i stresogenim životnim događajima.
- Prirodno anksioznost se osjeća kada su osobe suočene sa prijetnjom, opasnošću ili kada su pod stresom
- Može se razviti kao kombinacija faktora rizika, uključujući životne događaje, karakteristike ličnosti, genetiku, kemijske procese u organizmu.
- Nema realne opasnosti, ali se organizam u razvoju susretao sa opasnostima.
- Opasnost koja upozorava organizam kreće od osjećaja **bespomoćnosti**.
- Događaji koji imaju značenje buduće opasnosti u velikoj mjeri izazivaju anksioznost.
- Stresogeni životni događaji podudaraju se s pojavom anksioznog poremećaja u 50% pacijenata

• Anksioznost JE SLOŽENA REAKCIJA

- uključuje tjelesne znakove
- i psihičke simptome.

- Očituje se doživljavanjem **neodređenog straha** koji preplavljuje oboljelog kao da ga potpuno obuzima i oboljeli kao da lebdi u njemu (**slobodno lebdeći strah**) ne znajući podrijetlo ni razloge straha.
- **Strašljivo iščekivanje** oboljeli opisuje kao neku strepnju da će se nešto strašno dogoditi.
- **Opći sveprožimajući strah** čini da su oboljeli potpuno paralizirani, osjećaju bespomoćnost i nesigurnost.
- Prisutni su još i razdražljivost, poteškoće u koncentraciji, smetnje u komuniciranju s okolinom, smetnje spavanja, košmarni snovi i sl.

- Simptomi **psihomotorne napetosti** očituju se osjećajem unutarnjeg pritiska, kao da će puknuti, kao da im nešto iznutra pritiska grudi, zatim podrhtavanjem pojedinih dijelova ili cijelog tijela, agitacijom, nemogućnošću da budu mirni, na jednom mjestu, bolovima u mišićima, brzim zamaranjem.
- **Hiperaktivnost autonomnog živčanog sustava** prepoznaje se po prisustvu simptoma kao što su površno disanje, osjećaj nedostatka zraka, palpitacije i tahikardija, znojenje, vlažni dlanovi, suha usta, vrtoglavica i osjećaj mutnoće, u glavi, mučnina, proljev, valovi vrućine i topline u tijelu, učestalo mokrenje, teškoće gutanja, osjećaj knedle u grlu.
- **Oboljeli razviju i specifično ponašanje koje karakterizira pojačan oprez, nestabilnost i sumnjičavost.**

Psihički simptomi anksioznosti

Osjećaj ustrašenosti

Osjećaj nestvarnosti

Osjećaj ugroženosti

Hipervigilitet

Smetnje koncentracije

Prisilne misli

Poremećaji spavanja

Tjelesni znakovi anksioznosti zbog mišićne napetosti

Drhtanje

Grčenje

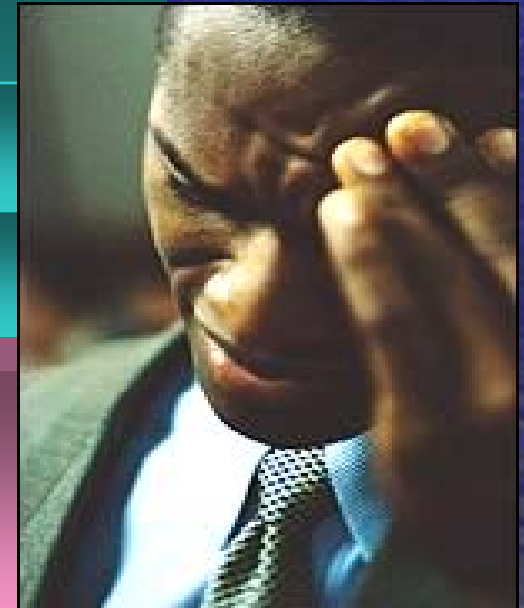
Osjećaj treperenja

Bolovi u leđima

Glavobolja

Mišićna napetost

Kratak dah
Otežano disanje
Stežanje u prsima



Tjelesni znakovi anksioznosti zbog hiperaktivnosti vegetativnog sustava

Crvenienie

✓ "kneda u grlu" i "nervoza u želucu"

Bljedilo

Znojenje

Tahikardija

Proljev

Hladne ruke

Često mokrenje

Suha usta

Teškoće gutanja

Parestezije

ANKSIOZNOST I STRAH

- Strah je izravni fokusirani odgovor na specifični događaj ili objekt koji prijeti tjelesnom integritetu pri čemu postoji svijest o izvoru opasnosti.

- Anksioznost je isključivo iskustvo ljudskih bića, jer pretpostavlja sposobnost integriranja opaženog i upamćenog u predviđanje budućnosti.

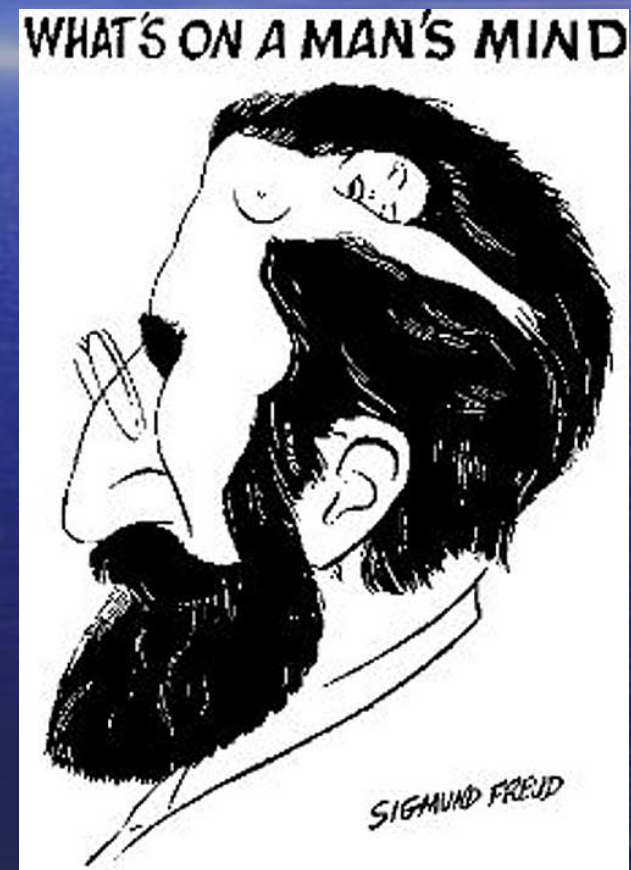


- Anksioznost nije fokusirana na specifični događaj ili objekt
- Osoba nije svjesna izvora neugodne emocije ili je ta emocija pomjerena s izvornog na drugi događaj ili objekt

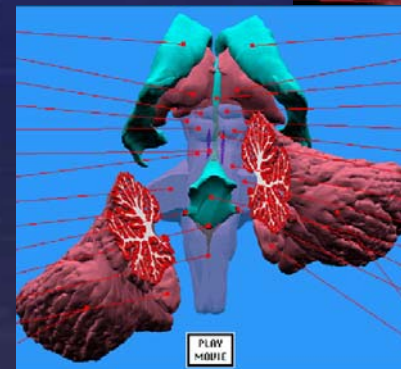
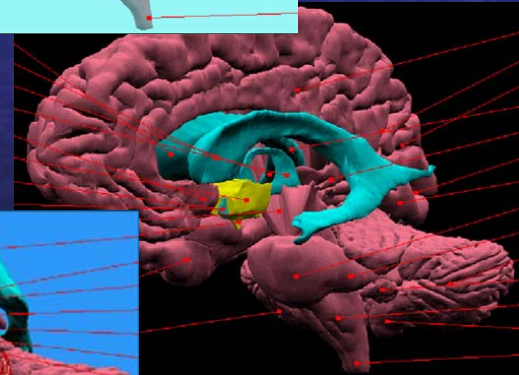
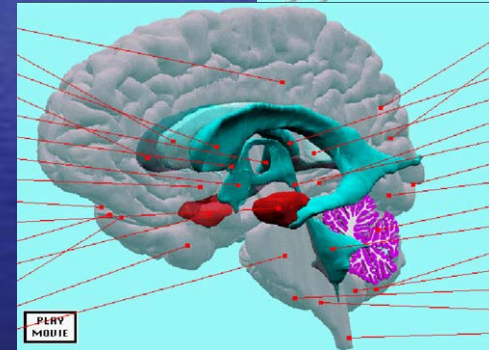
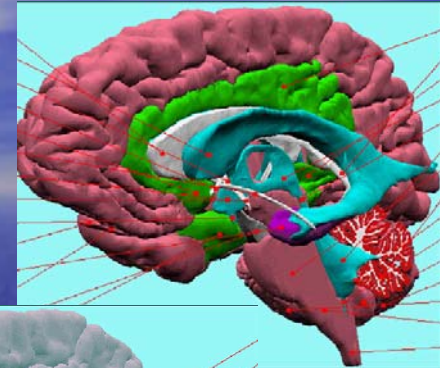
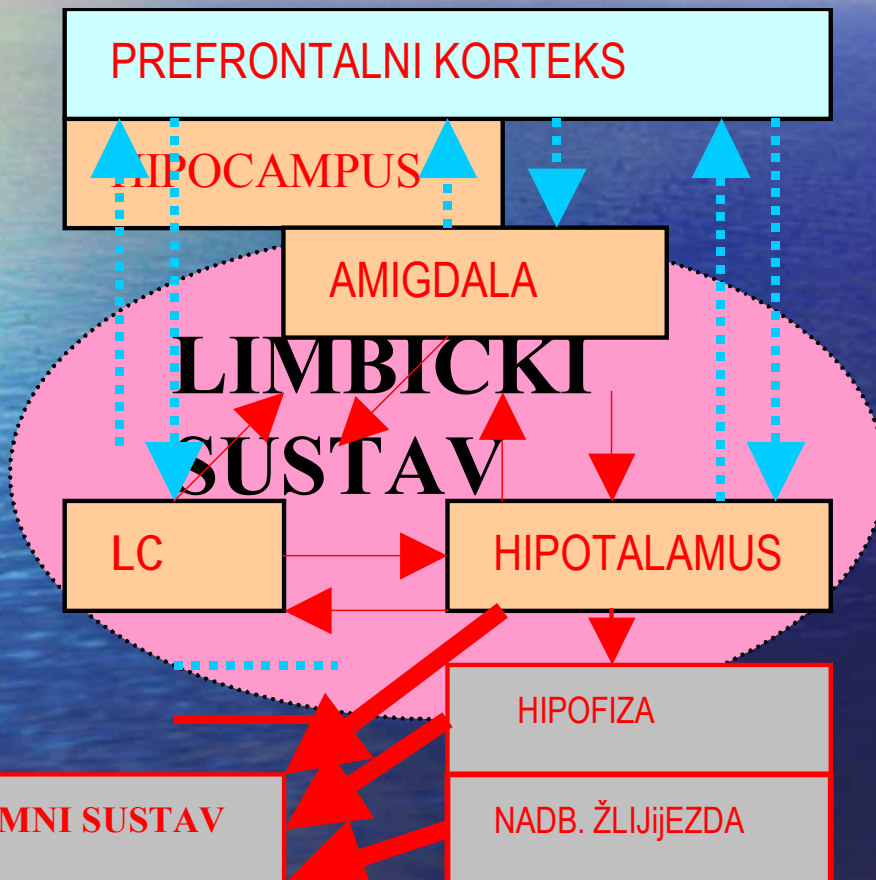
Anksioznost je kompleksan emocionalni i tjelesni odgovor na doživljaj prijetnje ili opasnosti.

Najpoznatije teorije koje objašnjavaju strah su:

1. teorija o **transformaciji libida** u anksioznost (neiskorištena seksualna energija).
 2. **signalna teorija anksioznosti** (upozorenje na nesvjesne impulse i opasnost).
 3. teorija o **porođajnoj traumi** kao prototipu anksioznosti.
 4. **separacijska teorija** anksioznosti (strah od odvajanja)
- **Bihevioralne** teorije nastanak AP objašnjavaju vezivanjem odgovora straha za prethodno neutralne stimulse procesom **kondicioniranja** (traumatsko kondicioniranje straha).
 - Prema **kognitivnim** teorijama AP perzistira zbog načina na koji oboljeli razmišljaju o simptomima.
 - **Biologijska** istraživanja ukazuju na poremećaj u sustavu benzodiazepinski receptor □ GABA □ kloridni kanal (anksiogene tvari), zatim poremećaj u noradrenergičkom sustavu, itd.
 - Dokazana je i uloga **genetskih** čimbenika.



NEUROBIOLOGIJA STRAHA I ANKSIOZNOSTI



ŠTETNI UČINCI ANKSIOZNOSTI

- Limbički sustav ne pravi razliku između stvarnog i imaginarnog straha, odnosno anksioznosti.
- Lažni alarmi uz blokadu "fight-or-flight" reakcije, osnova su psihosomatskih poremećaja.



- Psihodinamski anksioznost je afektivno stanje ega, koje nastupa kao odgovor ega na nutarnju ili vanjsku opasnost.
- Za anksioznu neurozu se nekad kaže da predstavlja «ulazna vrata u mentalnu patologiju», a za anksioznog neurotika «da živi previše blizu svog nesvjesnog».
- a pojava atake straha smatra neuspjehom potiskivanja i formiranja simptoma, što bi bilo posljedica jedne nedovoljno elaborirane neurotske strukture.
- Kod konverzivnih neuroza, međutim, sasvim je drugačije jer **konverzivni, fobični ili opsesivni simptomi nastaju da bi se spriječila anksioznost. Kod svih ovih neuroza je sačuvan odnos prema simbolizaciji.** Konverzivni neurotik simbolizira **putem tijela**, a fobični i opsesivni neurotik putem drugih psihičkih produkata.

U rješavanju anksioznosti se dakle suprotstavljaju dva različita mehanizma:

- 1. inhibicija rasterećenju, izaziva defleksiju prema tijelu (**tjelesno rasterećenje**) bez prave psihičke elaboracije, iako može nekad biti prikrivena jednom površnom psihičkom superstrukturom. Ovdje potiskivanje nije prisutno u pravom smislu riječi i **nema tjelesne ili psihičke simboličke produkcije.**
- 2. inhibicija rasterećenju kod psihoneuroza izaziva transformaciju, ulaženjem u akciju kombinacije instinktualnih poriva i mehanizama obrane ega. Rezultat rada potiskivanja dovodi do simboličke tjelesne ili psihičke produkcije, budući da je potiskivanje izraz kontrainvesticija i dezinvesticija. Freud navodi da u procesu potiskivanja transformacija afektivnog stanja, koja rezultira u anksioznosti, predstavlja njen najznačajniji dio. Afekt izaziva repeticiju jednog važnog i značajnog događaja.

- Anksioznost je prisutna u mnogim poremećajima. U našoj kulturi koja otvara mogućnost mnogim konfliktima i opasnostima, **izvjestan stupanj anksioznosti je možda čak i poželjan, jer služi u korisne svrhe jer motivira ličnost na produktivno i svrsishodno ponašanje.**
- Međutim ukoliko anksioznost dostigne ekstremne proporcije ona može biti izuzetno dezorganizirajuće te vodi ili u inhibirano ponašanje ili u nekontroliranu aktivnost. U tim slučajevima anksiozni bolesnik stavlja na liječnika posebne dijagnostičke i specifične terapijske zahtjeve.
- U predterapijskoj obradi biti će nekad potrebno isključiti eventualnu organsku patologiju od somatizacije anksioznosti, i kad je to učinjeno i ne nađe se organski supstrat, potrebno je uvjeriti bolesnika u psihološko porijeklo njegovih smetnji. Prije toga će biti neophodno kroz izvjesnu dulju opservaciju isključiti i eventualni psihotični proces.
- **Kod anksioznog neurotika u osnovi se radi o histeričnoj strukturi ličnosti. To znači da je dostignuta genitalna razina uz oralnu fiksaciju i nedovoljno strukturiranu analnu fazu.**
- **Oralni nivo ovih neurotika označava da se radi o odnosima iz prvog djetinjstva i da se oni odnose na probleme koji se tiču preedipalne majke, koja hrani dijete.**
- S druge strane kod histerične strukture genitalni nivo je premda strukturalan uvijek konfliktuoazan. Međutim, histerik nema dovoljno strukturalnu analnu fazu, koja tako postaje vrsta dijafragme ili filtera između oralne i genitalne faze. Zbog toga ni njegov ego neće biti dovoljno strukturiran u toj fazi, i pokazivat će ponašanje, koje je posljedica brze regresije s genitalnog na oralno bez analnog kočenja, tj. bez zaustavljanja na analnoj razini.
- Ukoliko se histerik brani od oralnih poriva s genitalnom fazom, onda njegov ego čini napore prema jednom odraslom – genitalnom ponašanju, ali nedovoljno strukturiranim na tom nivou, neće moći vijek izdržati tenziju i lako će skliznuti na niže nivoe. Ego je takle, kod histerika dijelom zdrav (genitalan) a dijelom bolestan (pregenitalan) i ego jasno pokazuje ovaj rascjep uspijevajući često da oba dijela alternativno funkcioniraju bez većih perturbacija.

Neuroze i konflikti

KONFLIKT je po Freudu uzrok nastanka neuroza.

- Konflikt je širok pojam koji služi označavanju situacija u kojoj postoje suprotna zbivanja i tendencije (ponašanja, osjećaji). Npr. istodobnog privlačenja i odbijanja ili npr. izići u grad ili učiti...
- **INTRAINDIVIDUALNI** konflikt = unutar čovjeka u situacijama kada se zbog različitih razloga ne možemo odlučiti što da činimo jer su motivi, ciljevi ili načini reagiranja nespojivi.

Rješenje konflikta je trojako:

- 1. postizanje cilja,
- 2. odustajanje od cilja,
- 3. kompromis (ili stabilna ravnoteža kada se zaustavimo na nekoj udaljenosti od cilja («oko vruće kaše»).

- **DISOCIJATIVNO** = znači da se određeni aspekt ličnosti odvojio (disociirao) od ustaljene organizacije i obrazaca ponašanja i potisnuo u nesvjesno, tako da se uklonio visoko anksiozni sadržaj.
- Te osobe žele pobjeći od konflikta, otuđuju se ili izoliraju afekt, a ne pokazuju simptom javno svima kao **KONVERZIVNE** = koje imaju simptom koji je zapravo **maskirana želja**, dogodila se konverzija, pretvaranje u tjelesne simptome uz poremećaj funkcije.



Little Hans = Herbert Graf (1903–1973)

- Mali Hans je bio mali dječak koji je bio subjekt rane, ali ekstenzivne Freudove studije **kastracijske anksioznosti i Edipovog kompleksa**.
- Hansova neuroza poprimila je oblik onesposobljavajuće **fobije od konja** (Hippophobia). Freud je napisao sažetak svojih tretmana Malog Hansa 1909. g. pod naslovom «Analiza fobije u petogodišnjeg dječaka».
- Smatralo se da su Hansov strah i anksioznost rezultat nekoliko faktora, uključujući rođenje male sestre, njegovu želju da zamjeni svog oca kao majčin muž, konflikti zbog masturbacije, i drugo.
- Freud je smatrao da je ta anksioznost ukorištenjena u nepotpunoj represiji seksualnih osjećaja i drugih mehanizama obrane kojima se dječak koristio u borbi protiv impulsa upletenih u njegov seksualni razvoj.
- Hansovo ponašanje i emocionalno stanje se popravilo kad mu je otac sve objasnio, i njih dvojica postaju bliži.
- Sam Hans nije mogao povezati strah od konja i želju da se riješi svog oca.



LIJEKOV I ANKSIOZNOST

- Oralni kontraceptivi
- lijekovi protiv astme
- hormoni štitnjače
- psihotropni lijekovi
- antihipertenzivi
- nesteroidni antireumatici

ANKSIOZNOST I PRESTANAK UZIMANJA

- beta-blokatora
- kortikosteroida
- alkohola
- opijata, kokaina, LSD-a, marihuane

HRANA I ANKSIOZNOST

- Kofein uzet u dovoljnoj količini može
- izazvati simptome nalik anksioznosti.
- Hrana i pića bogata kofeinom: čokolada, kakao, kava, čaj, Coca-Cola, Red Bull

TJELESNI POREMEĆAJI KAO IZVOR ANKSIOZNOSTI

- Cushingov sindrom s hiperprodukcijom kortizola,
- Hipertireoza s hiperprodukcijom tireoidnih hormona.
- Sindrom respiratornog distresa,
- **Prolaps mitralne valvule,**
- Angina pectoris,
- Porfirija.

PRETHODI LI STRES ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJI ?

- Animalni modeli depresije izazvani separacijskim stresom. (Spitz, Harlow and Mc Kinney, Seligman)
- **Djeca izložena stresovima su visokorizična za depresivne poremećaje u odrasloj dobi (Heim, Nemeroff, 2001)**
- **Psihotraume predaka povećavaju rizik pojave depresije kod potomaka (Yehuda i sur. 2001)**
- Odrasle žrtve zlostavljanja u djetinjstvu, bez depresije, pokazuju znakove disregulacije HHA osi (Heim i sur, 2002)
- Odrasle žrtve obiteljskog nasilja često pate od PTSP-a i depresije. (Stein i sur, 2001)
- Depresija često prati PTSP. (Mcquaid i sur. 2001)
- Depresije su faktor rizika za PTSP (Kessler i sur. 1995)
- Depresija je u žena dvaput češća nego u muškaraca (Rapmund i sur. 1998)



ZAJEDNIČKE OSOBINE DEPRESIJE I STRESA

- Smanjena kognitivna i afektivna fleksibilnost
- Alteracije pobuđenosti pojedinih aspekata svijesti
- Alteracije neuroendokrinih funkcija (hiperkortizolemija)
- Alteracije autonomnih funkcija
- Stres pogoršava depresiju, a depresija povećava osjetljivost na stres

DUGOROČNE ZDRAVSTVENE POSLJEDICE DEPRESIJE POTVRĐUJU KONCEPT DEPRESIJE KAO STANJA KRONIČNOG STRESA

- Dvostruko veća stopa mortaliteta u bilo kojoj dobi, neovisno o suicidu, najviše zbog dvostruko većeg rizika od ishemičke bolesti srca.
- Kronična noradrenergička aktivnost u sustavu stresa povećava viskozitet krvi spastičnost krvnih žila što pogoduje moždanim inzultima.
- Kronični hiperkortizolizam dovodi do osteoporoze i posljedičnih spontanih lomova kostiju.



- **NEUROKEMIJSKI POSREDNICI U SUSTAVU STRESA**
- **Noradrenalin:** glavni stresni neurotransmiter. Najviše noradrenergičkih neurona sadrži LC. Stimulira izlučivanje CRF-a u hipotalamusu, aktivira amygdala i simpatički sustav, inhibira korteks.
- **CRF:** Hipotalamički stimulira izlučivanje ACTH. Ekstراهipotalamički aktivira LC i amygdala, inhibira korteks.
- **ACTH:** stimulira izlučivanje kortizola.
- **Kortizol:** glavni antistresni hormon gasi učinke akutne reakcije na stres. GC receptori nalaze se u prefront. Korteksu, hipocampusu, amygdalama i hipotalamusu.
- Kronična hiperkortizolemija oštećuje korteks i hipocampus.

Srce, bubrezi
 1GCR

ODGOVOR NA STRES



BRZA REAKCIJA

SPORA REAKCIJA



FIZIOLOŠKA

PSIHOLOŠKA



FIZIOLOŠKA

PSIHOLOŠKA

- Širenje zjenica i aktivacija kardiocirkulacijskog sustava,
- istovremeno inhibiranje u stresu suvišnih fizioloških funkcija (hranjenje, spavanje, seksualne funkcije)

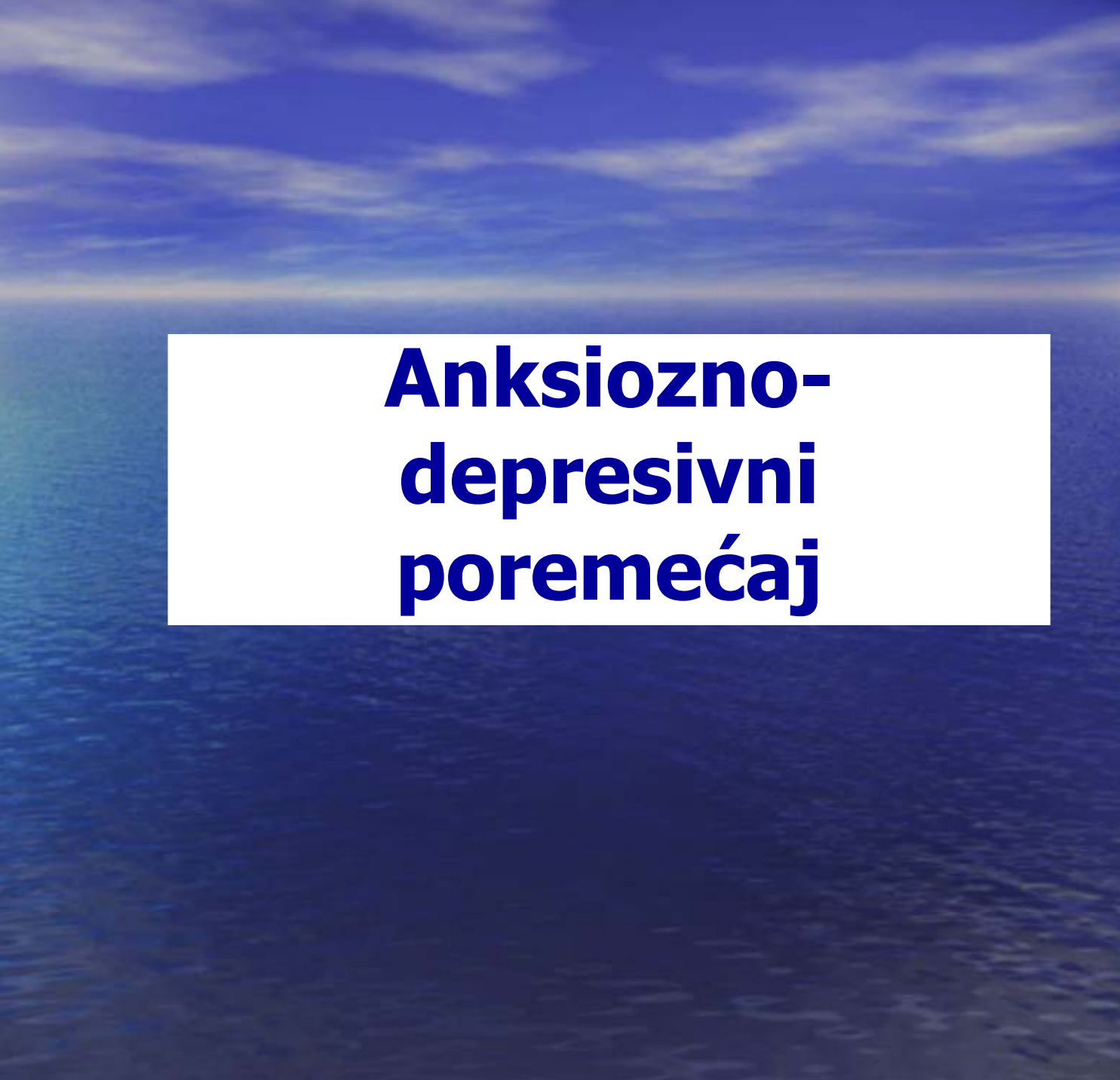
- Instinktivna, -napad ili bijeg,
- bitni su brzina i jednostavnost,
- istovremeno su inhibirani kompleksniji i neprovjereni odgovori, koji zahtijevaju, vrijeme i procjenu.

- Gašenje fiziološke pobuđenosti,
- jačanje imuniteta,
- optimalizacija potrošnje energije.

- Dezinhibicija viših kortikalnih funkcija (trezvenije sagledavanje situacije, racionalno odlučivanje i organizirano ponašanje).



Anksiozno- depresivni poremećaj



Dijagnoza A-D poremećaja

1. Prepoznati simptome
2. Duljina trajanja poremećaja
3. Utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje pojedinca
4. Isključivanje drugih poremećaja (organski supstrat)
5. Okolnosti pojave simptoma



F41.2 - ANKSIOZNO-DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Diferencijalna dijagnoza

- a) ostali anksiozni poremećaji
- b) ostali psihijatrijski poremećaji
- c) organske bolesti

- 80% oboljelih zadovoljava
kriterije za postavljanje
komorbiditetne dijagnoze

- anksiozni poremećaj 46,9%
- depresivni poremećaj 32,5%
- poremećaj prilagodbe
- rentni motiv



Neurotska depresija

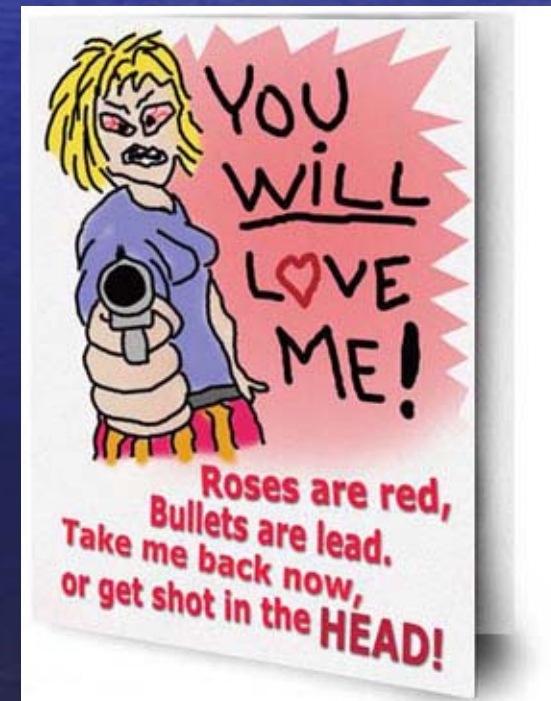
Depresivni osjećaj je svjesni, predsvjesni ili nesvjesni afekt u kome se subjekt osjeća bespomoćan i bez nade.

- Ona je poput anksioznosti **bazična psihobiološka afektivna reakcija koja postaje patološka ako se javlja u neadekvatnim situacijama ili ako traje predugo.**

Postoje dva urođena afekta neugode: primarna anksioznost i njeni derivati u vidu plašnje, straha, panike, užasa

- te primarni depresivni afekt sa svojim derivatima: krivnjom, bespomoćnosti, stidom, žalosti, tugom.
- **Derivati primarnog depresivnog afekta su reakcije na fantaziranu ili realnu neugodu koja se pojavila ili subjekt zna da će se dogoditi za razliku od anksioznosti koja se javlja kad subjekt predosjeća da bi se nešto neugodno moglo dogoditi. Razlika je i u stupnju sigurnosti, u depresivnom afektu subjekt se doživljava bespomoćnim, bez nade, a u anksioznom on se boji da bi mogao postati bespomoćan i bez nade.**
- Afekt sadrži dvije komponente: osjećajnu i idejnu (sadržaj). Ta dva aspekta su nerazdvojni iako sadržaj osjećaja može biti nesvjestan. Idejni aspekt govori zbog čega se subjekt osjeća depresivnim.

Najčešći sadržaj je fantazirani ili realni gubitak objekta.



Neurotska depresija

Razvoj depresivnog afekta.

On se javlja u fazi infantilne bespomoćnosti koju dijete doživljava kao traumatsku.

Dijete ne razlikuje privremeno odsustvo majke od tajnog gubitka stoga se depresivni afekt ne razvija dok dijete ne stekne sposobnost distinkcije privremenog od trajnog gubitka.

Osjećaj beznađa pretpostavlja i dimenziju vremena.

Ono implicira komponentu budućnosti te se može razviti tek kad dijete usvoji vremensku dimenziju.

Depresivni afekt izrasta iz pozicije bespomoćnosti u kome je dijete izgubilo nadu da će se vlastitim snagama ili uz pomoć drugih osloboditi.

Primarni-depresivni afekt je urođen i nediferenciran dok je sekundarni depresivni afekt ovisan o psihičkom razvoju.

Depresivni afekt praćen je redukcijom aktivnosti, povlačenjem i napuštanjem dok je anksioznost praćena motorikom, vikom, plačem.

I anksioznost i depresija imaju adaptivnu funkciju.

To su snažni apeli upućeni majci za pomoć.

Procesom maturacije depresivni osjećaj postaje bolje kontroliran, modeliran.

Dijete može koristiti depresivni afekt u službi adaptacije u razdoblju između kraja prve godine i početka edipalne organizacije.

- **Tolerancija depresivnog osjećaja je mjerilo zrelosti ega.** Ona uključuje prihvaćanje ograničenja koje nudi realitet. Signal depresivnog afekta je automatizam koji se odvija kroz tri sekvence:
 1. faza procjene – subjekt spoznaje svoju situaciju i shvaća da su određeni ciljevi neprihvatljivi. Ta spoznaja anticipira gubitak, razočaranje i neuspjeh ako se ustraje. Ona pretpostavlja adekvatno testiranje realiteta.
 2. doživljaj, signal depresivnog afekta. Upozorava da treba stati s aktivnostima i modificirati ciljeve.
 3. inhibicija akcije, misli, fantazije i planiranja naročito onih koji su usmjereni na nedostižne ciljeve.
- Ove tri sekvence stavljaju se u pogon tijekom procesa žalovanja. U normalnom procesu žalovanja inhibitorna funkcija je selektivna i parcijalna. Subjekt suspendira samo one aktivnosti koje su ranije bile usmjerene prema nedostižnim ciljevima dok je u depresivnoj bolesti inhibicija generalizirana.
- Depresivni afekt prisutan je u normalnom životu, može pratiti sve oblike neurotskih reakcija, a o depresivnoj neurozi govorimo kad je depresivni osjećaj prominentni simptom.
- Bazični simptomi neurotske depresije su gubitak samopoštovanja, tuga, potištenost, **traženje i neprestano upućivanje apela za pomoć, ljubav i podršku okoline (razlika od depresivne psihoze).** Javlja se još gubitak interesa, inicijative, radosti te različiti somatski poremećaji.

PSIHOSOCIJALNE TEORIJE

- **Psihodinamske: - gubitak voljenog objekta**
- **Socijalne teorije: - socijalni stresovi**
- **Bihevioralne teorije: - depresija kao naučena bespomoćnost**

Biokemijske teorije

- **Kateholaminska teorija** – manjak (depresija) ili višak (manija) noradrenalina i/ili serotonina na mjestu djelovanja, odnosno smanjena (depresija) ili povišena (manija) osjetljivost njihovih receptora.
- **Permisivna teorija** – manjak serotonina-predispozicija + manjak noradrenalina = depresija.
- **Noradrenergičko-kolinergička** – više acetilkolina uz manje noradrenalina = depresija, manje acetilkolina uz više noradrenalina = manija.

Simptomi depresije

Tipični simptomi:

1. Depresivno raspoloženje
 2. Gubitak interesa i zadovoljstva
 3. Smanjenje energije i povećano zamaranje
- *Poremećen san*
 - *Smanjen apetit*
 - *Smanjena koncentracija i pažnja*
 - *Smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje*
 - *Ideje krivnje i bezvrijednosti*
 - *Sumoran i pesimističan pogled na budućnost, potištenost, beznade, besperspektivnost.*
 - *Ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu*
 - *Samookrivljavanje i kongruentne sumanute depresivne misli: o grješnosti, osiromašenju, bezvrijednosti, krivnji.*

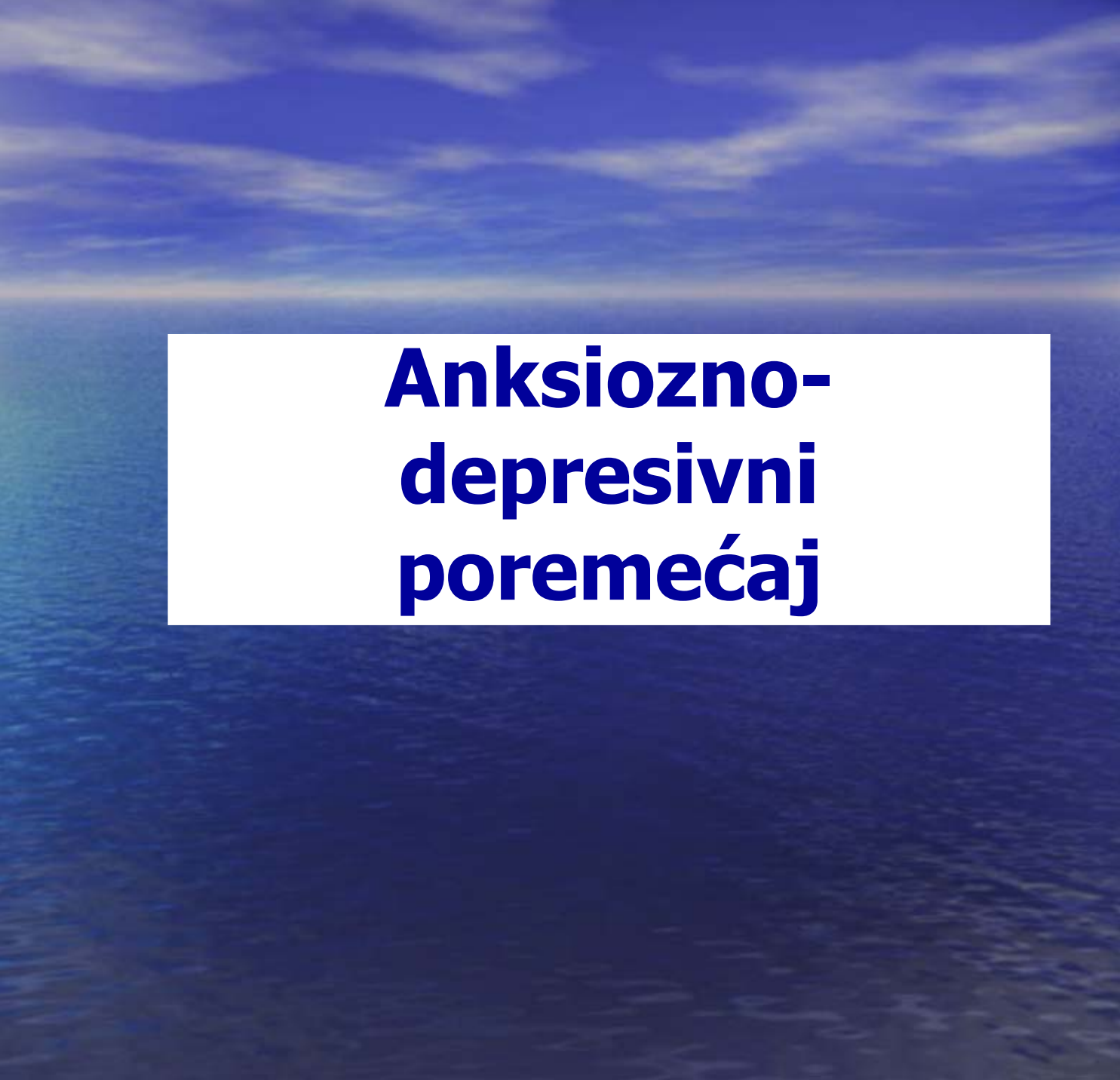
Somatski simptomi

- Gubitak interesa u uobičajenim aktivnostima
- Gubitak normalnih emocionalnih reakcija
- Rano jutarnje buđenje (dva i više sati ranije nego je uobičajeno)
- Izraženije depresivno stanje ujutro
- Izražena psihomotorna agitacija ili retardacija
- Gubitak apetita
- Smanjena je energija, oslabljen libido,
- Gubitak tj. težine 5 i više % u mjesec dana





Anksiozno- depresivni poremećaj



- **LIJEČENJE ANKSIOZNO DEPRESIVNOG POREMEĆAJA MOŽE BITI VRLO USPJEŠNO**
 - **U LIJEČENJU JE NAJVAŽNIJA ULOGA OBITELJSKOG LIJEČNIKA, KOJI PRVI SUSREĆE PACIJENTA, NAJBOLJE GA POZNAJE, PRVI POSTAVLJA DIJAGNOZU, I DAKAKO –**
- **OBITELJSKI LIJEČNIK PRVI ZAPOČINJE LIJEČENJE SVOG PACIJENTA!**
 - **ŠTO JE NAJVAŽNIJE.**
- **ZBOG TOGA BI SVAKI LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE TREBAO BEZ PREDRASUDA ZAPOČETI LIJEČENJE ANKSIOZNO DEPRESIVNOG POREMEĆAJA.**

LIJEČENJE

Psihoterapija:

- **Psihoanalitička terapija**
- **Kognitivno-bihevioralna terapija**
- **Neurolingvističko programiranje**
- **Hipnoza**

FARMAKOTERAPIJA

- Uvođenjem antidepresiva povoljan učinak se postiže u 70-80% pacijenata
- Odvagnuti rizik i dobrobit primijenjenog antidepresiva imajući u vidu komorbiditet depresije i drugih somatskih bolesti (nuspojave)
- Antidepresiv treba primijeniti dovoljno dugo i u optimalnoj dozi

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS-i) su lijek izbora za uklanjanje i tjelesnih i psihičkih simptoma anksioznosti



Cilj liječenja

1. Ublažiti ili otkloniti znakove bolesti
2. Uspostaviti radno, obiteljsko i socijalno funkcioniranje
3. Spriječiti relaps ili recidiv bolesti



PSIHOANALIZA I PSIHOANALITIČKI ORIJENTIRANE PSIHOTERAPIJSKE TEHNIKE

- Psihoterapijska i psihodinamska psihijatrija se bavi procesima kod kojih se osobe koje se žele osloboditi simptoma
- ili traže načine za osobni razvoj uz pomoć psihoterapeuta ili psihoanalitičara razumijevaju svoje ponašanje u zdravlju i bolesti,
- sa stajališta motivacije, naglašavajući psihološka značenja i biološke instinkte kao pokretače promjena.
- **“terapija razgovorom”**
- **Tehnika slobodnih asocijacija**
- **Analiza snova i nesvjesnih mehanizama**



KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA

Psihoedukacija

1. Diskusija o prirodi anksioznosti
2. Povezivanje anksioznosti i tjelesnih simptoma
3. Objašnjavanje liječenja
4. Praćenje simptoma pomoću dnevnika

Kognitivno restrukturiranje

1. Identifikacija kognitivnih distorzija
2. Njihovo povezivanje s tjelesnim simptomima
3. Pretresanje tjelesnih simpt.
4. Razvoj alternativnih objašnjenja

Tehnike kontrole Anksioznosti

1. Vježbe kontrole disanja
2. Vježbe mišićne relaksacije

Izlaganje

1. Postupno izlaganje tjelesnim senzacijama (hiperventilacija)
2. Izlaganje ustrašnim i izbjegavanim situacijama



FARMAKOTERAPIJA

Akutna faza

6 – 8 tjedana ~ smiriti
simptome

Kontinuirano liječenje

4 – 6 mjeseci ~ održati
poboljšanje

Profilaktička faza

3 – 5 godina ~ prevencija
relapsa bolesti

Kod izbora antidepresiva treba
misliti na:

- Težinu kliničke slike i depresivne epizode
- Pridružene tjelesne bolesti i dob pacijenta
- Farmakokinetičke karakteristike AD



Antidepresivi

Antidepresivi se dijele na

- Inhibitore monoaminooksidaze
- TAD – neselektivni inhibitori biogenih amina
- Inhibitori ponovne pohrane noradrenalina
- Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (**SSRI** – fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, citalo pram)

SSRI:

- *Djelotvorni, dobro podnošljivi, sigurni*
- *Mogu se davati srčanim bolesnicima*
- *Ne uzrokuju opstipacije i smetnje mokrenja*
- *Na povećavaju očni tlak*
- *Nemaju antikolinergične učinke*

Zato se smatraju lijekom 1. izbora u liječenju

Idealan antidepresiv je:

1. Selektivan
2. Učinkovit
3. Bez ozbiljnih nuspojava
4. Brzog djelovanja
5. Male intrizične toksičnosti
6. Jednostavnog doziranja
7. Bez interakcija s drugim lijekovima

Nova generacija antidepresiva ima prednost pred starijim zbog selektivnog djelovanja i bolje podnošljivosti

STRUKTURNE I FUNKCIJSKE PROMJENE MOZGA U DEPRESIJI

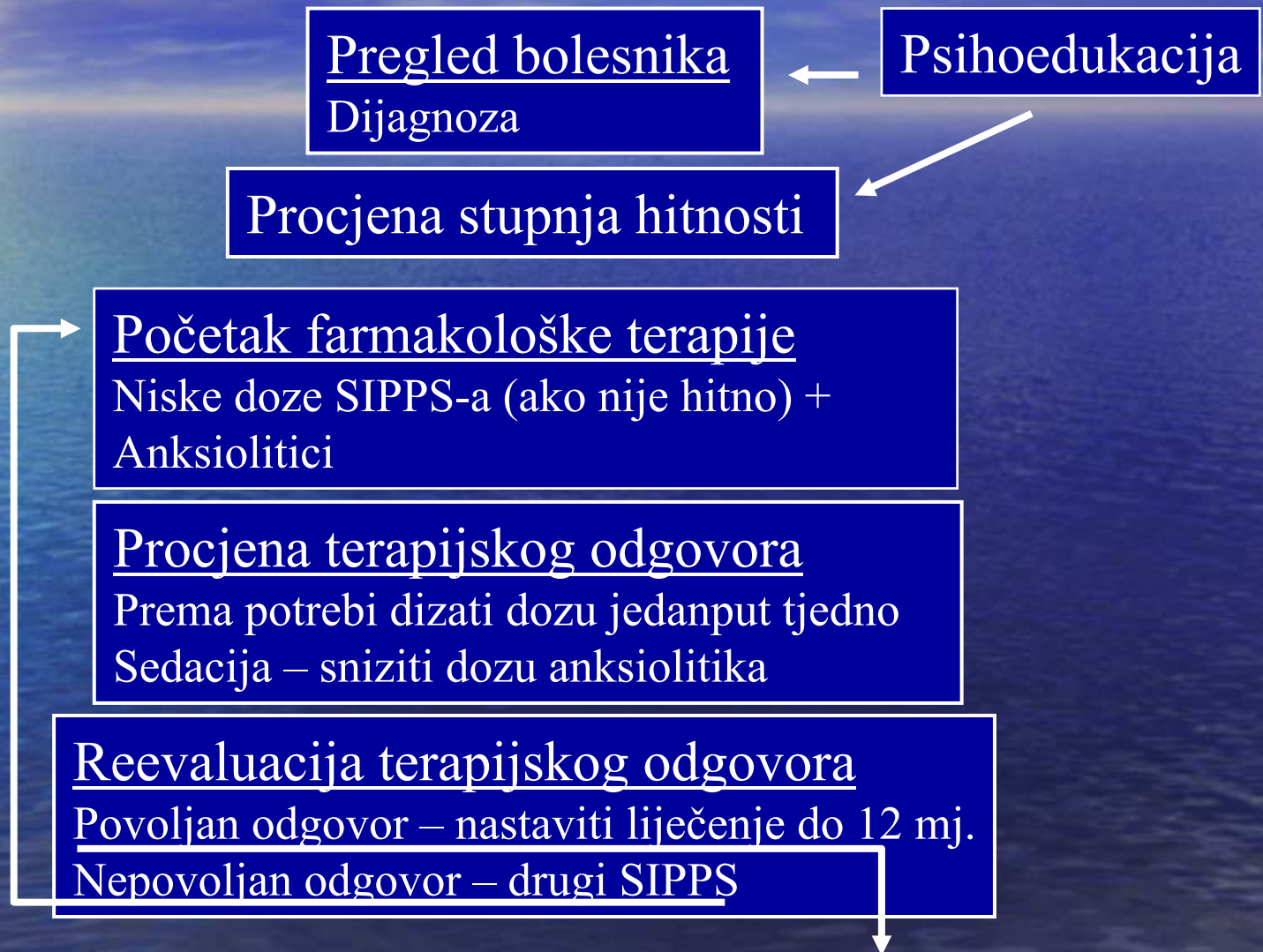
- Smanjeni volumen lijevog hipokampusa, koji inhibira desni i zajedno s prefrontalnim korteksom inhibira amigdala i HHA os.
- Povećan protok krvi i pojačan metabolizam u amigdalama uz smanjenje aktivnosti prefrontalnog korteksa - hiperaktivnost subkortikalnih i hipoaktivnost kortikalnih struktura.
- **Poslije terapije antidepresivima prefrontalni korteks postaje aktivniji, a pobuđenost subkortikalnih struktura se smanjuje.**

U ordinaciji obiteljskog liječnika

Liječnik obiteljske medicine može započeti terapiju sa **SSRI** i kombinirati ga sa psihoterapijom ili i nekim drugim psihofarmakom ovisno o pridruženim kliničkim simptomima depresije.

- poštuju pravilo adekvatnog terapijskog pokušaja (tj.davati ga dovoljno dugo-najmanje 4, a optimalno 6-8 tjedana i u odgovarajućoj terapijskoj dozi)

PRISTUP PACIJENTU S ANKSIOZNO-DEPRESIVNIM POREMEĆAJEM



U LIJEČENJU ANKSIOZNO DEPRESIVNOG POREMEĆAJA NAJVAŽNIJA JE ULOGA OBITELJSKOG LIJECNIKA.

- **DANAS JE TO MOGUĆE JER POZNAJEMO SIGURNE I UČINKOVITE ANTIDEPRESIVE KOJE TREBA PRIMIJENITI ODMAH KOD DIJAGNOSTICIRANJA**

Važno je znati

1. Terapijski se odgovor procjenjuje za 4 do 8 tjedana od uvođenja antidepresiva:
 - Ako je zadovoljavajući: terapija se nastavlja do 12 mjeseci
 - Ako je djelomični: provjerava se dijagnoza, ispita suradljivost pacijenta, prilagodi se doza ili doda i neki drugi lijek
2. Terapijski odgovor se ponovno procjenjuje za 4 do 8 tjedana,
 - ako je pozitivan, terapija se nastavlja 2 do 5 godina, ako se radi o ponovljenoj ili teškoj depresivnoj epizodi.

PACIJENT SE UPUĆUJE PSIHIJATRU:

- **AKO SE POSTAVI DIJAGNOZA TEŠKE EPIZODE POREMEĆAJA SA SUICIDALNOŠĆU**
- **AKO SE POSTAVI DIJAGNOZA DEPRESIJE SA PSIHOTIČNIM SIMPTOMIMA**
- **AKO JE PACIJENT REZISTENTAN NA PRIMJENJENU TERAPIJU NAKON PROCJENE TERAPIJSKOG ODGOVORA**
- **EVENTUALNO AKO SU SE RAZVILE TEŽE NUSPOJAVE**

**MODERNI, NOVI ANTIDEPRESIVI UVELIKE
UBRZAVAJU I OLAKŠAVAJU LIJEČENJE
DEPRESIVNOG POREMEĆAJA, jer**

**OMOGUĆUJU OBITELJSKOM LIJEČNIKU DA IH SA
SIGURNOŠĆU PRIMJENJUJE I BEZ
KONZULTACIJE PSIHIJATRA, ČIME JE
TRETMAN BRZI, EFIKASNIJI I UGODNIJI.**



**U tekstu su korišteni dijelovi prezentacija
prof.dr.sc. Filaković P. i prof. dr.sc.
Gregurek R.**

www.psihijatrija.com

www.suicidi.info

www.kockanje.info

**UDRUGA ZA POMOĆ I EDUKACIJU ŽRTAVA MOBBINGA
.hr**