

ANKSIOZNI POREMEĆAJI

SADRŽAJ

UVOD I DEFINICIJA	2
KLASIFIKACIJA	3
EPIDEMIOLOGIJA	4
PATOGENEZA	4
DIJAGNOZA	6
KLINIČKA SLIKA	6
DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA	7
NAPOMENE	9
TRETMAN	10
GLAVNI OBLICI ANKSIOZNOG POREMEĆAJA	12
GENERALIZOVANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)	12
PANIČNI POREMEĆAJ (SA I BEZ AGORAFBIJE)	14
SPECIFIČNE FOBIE	16
SOCIJALNI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (SAP)	17
POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJI (PTSP)	19
OPSESIVNO - KOMPULZIVNI POREMEĆAJ (OKP)	22
INDIKACIJE ZA UPUĆIVANJE PACIJENATA PROFESIONALCIMA ZA MENTALNO ZDRAVLJE	25
PRILOZI	26
NEUROANATOMIJA I NEUROHEMIJA GAP	26
NEUROANATOMIJA I NEUROHEMIJA PANIČNOG POREMEĆAJA	27
NEUROANATOMIJA I NEUROHEMIJA SAP	28
NEUROANATOMIJA I NEUROHEMIJA PTSP	29
NEUROANATOMIJA I NEUROHEMIJA OKP	30
KLASIFIKACIJA PREPORUKA	31
LITERATURA	32

ANKSIOZNI POREMEĆAJI

F40	Disordines anxiosi phobici	Fobijski anksiozni poremećaji
F41	Disordines anxiosi alii	Drugi anksiozni poremećaji
F42	Disordo obsessivocompulsivus	Opsesivno-prisilni poremećaj
F43	Reactio stressogenes, gradus majoris et reactiones maladaptivae	Reakcija na težak stres i poremećaji prilagođavanja

Ovaj klinički vodič namijenjen je ljekarima porodične medicine kao instrument za grubu diferencijalnu dijagnostiku stanja anksioznosti. Važno je napomenuti da je svaki od pomenutih entiteta veoma složen i zahtijeva različite terapijske pristupe koji nisu u domenu porodične medicine. Ipak, paraktičaru će biti pružena osnovna informacija o prvim terapijskim postupcima do upućivanja profesionalcima za mentalno zdravlje.

UVOD I DEFINICIJA

Anksioznost je patološko stanje obilježeno iracionalnim i prekomjernim osjećajem ustrašenosti i strepnje, koji su praćeni znakovima uzrokovanim hiperaktivnošću vegetativnog nervnog sistema. Razlikuje se od straha, koji predstavlja odgovor na poznati uzrok.

Anksioznost je difuzan, veoma neprijatan, često nejasan osjećaj tjeskobe, udružen sa jednim ili više tjelesnih doživljaja - na primjer praznina u stomaku, stiskanje u prsima, lupanje srca, ubrzano disanje, glavobolja ili iznenedna potreba za ekskrecijom. Nemir i potreba za kretanjem često su prisutni.

Anksioznost izvjesnog stepena može biti iskustvo koje poznaje svaki čovjek, a koje se odnosi na neizvjesnost usmjerenu prema svakodnevnim životnim situacijama ili nelagodnost od suočavanja sa teškom situacijom.

Stanje se može nazvati anksioznim poremećajem kad je anksioznost snažna, dugotrajna i ograničava psihološko i socijalno funkcionisanje.

Zajedničke karakteristike svih anksioznih poremećaja su :

- Subjektivni osjećaj anksioznosti,
- Akutni početak (dugo traju, ali njihova evolucija nastanka nije dugotrajna),
- Relativno očuvana radna sposobnost,
- Prepoznavanje patoloških misli,
- Izostanak otuđenja od realnosti.

Ako anksioznost postane intenzivna ili hronična, potpuna evaluacija situacije i okolnosti je opravdana. Pod evaluacijom podrazumijevamo pažljivu procjenu situacije u kojoj se pacijent nalazi, pokušaj rekonstrukcije uzroka i posljedica poremećaja. Veoma je važno dati pacijentu dovoljan broj informacija kao i pomoć da razumije svoja osjećanja. Intelektualna i emocionalna analiza situacije zajedno sa pacijentom od suštinske je važnosti.

Privremena medikacija može pomoći u slučajevima kada je funkcionalni kapacitet pacijenta oštećen.

U ozbiljnim hroničnim slučajevima indikovana je dugotrajna terapija.

KLASIFIKACIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Prema MKB-10 anksiozni poremećaji nalaze se u grupi „Neurotski, sa stresom povezani i somatiformni poremećaji“ i označeni su kao:	
F 40	Fobično-anksiozni poremećaj,
F 41	Drugi anksiozni poremećaji,
F 41.0	Panični poremećaj,
F 41.1	Generalizovani anksiozni poremećaj,
F 42	Opsesivno-kompulzivni poremećaj,
F 43	Reakcije na stres i poremećaji prilagođavanja,
F 43.1	Posttraumatski stresni poremećaj,
F 43.2	Poremećaj prilagođavanja,
F 44	Disocijativni poremećaj,
F 45	Somatiformni poremećaj,
F 48	Ostali neurotski poremećaj.

Prema DSM-IV anksiozni poremećaji razvrstavaju se na sledeći način:	
F 41.0	Panični poremećaj bez agorafobije,
F 40.01	Panični poremećaj sa agorafobijom,
F 40.00	Agorafobija bez predhodne 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.

EPIDEMIOLOGIJA

	Panični poremećaj	Fobija	OKP	GAP	PTSP
Prevalenca	1,5-4%	3-5%	2-3%	3-8%	1-3% stanovnika 30% veterana
Pol M:Ž	1:1 (bez agorafobije) 1:2 (s agorafobijom)	1:2	1:1	1:2	1:2
Dob početka	Kasne 20	Kasna dječija dob	Adolescencija ili rana odrasla dob	Različita; Rana odrasla dob	Bilo koja dob, uključujući i djetinjstvo
Porodična anamneza	20% rođaka I stepena ima agorafobiju	Može se javljati u porodicama	35% rođaka I stepena	Oko 25% rođaka I stepena	
Ispitivanja blizanaca	Viša podudarnost kod jednojajčanih blizanaca		Viša podudarnost kod jednojajčanih blizanaca	Podudarnost od 80-90% kod jednojajčanih, 10-15% kod dvojajčanih	

PATOGENEZA

Osjećaj anksioznosti često se doživljava u svakodnevnim situacijama i u vezi je sa nedovršenim zadacima koje osoba postavlja pred sebe.

Dugotrajno osjećanje anksioznosti može dovesti do sekundarnog izbjegavanja ili adaptacije, korišćenjem psiholoških odbrambenih mehanizama ili ponašanja.

Anksioznost i njegovi potencijalni izvori tako često ostaju neprimijećeni ili nesvjesni.

Psihoanalitička teorija dijeli izvore anksioznosti u četiri grupe:

1. Impulsna anksioznost,
2. Separaciona anksioznost,
3. Kastraciona anksioznost,
4. Superego anksioznost.

Dijete u svom razvoju prolazi kroz ove anksioznosti i postupno ih prevladava, tako da može uspješno da zadovoljava svoje nagonske impulse u skladu sa socijalnim normama i ima dovoljno energije za uspostavljanje zrelih emocionalnih odnosa i aktivnosti učenja i rada. Kod odraslih osoba, ukoliko nedovoljno razriješeni konflikti uzimaju mnogo energije putem pretjeranog

korištenja mehanizama odbrane, problem može nastati u nekoj stresnoj situaciji, pogotovo onoj koja simbolički podsjeća na rani konflikt. Dakle, smatra se da se radi o nagonским signalima ka egu, koji imaju tendenciju da iz nesvjesnog prođu u svjesne strukture.

Neki psihoanalitičari povezuju anksioznost sa poremećajem odnosa majka - dijete u ranim razvojnim fazama ili kao posljedicu porođajne traume.

Psihodinamika anksioznih poremećaja:

1. Nesvjesni porivi, seksualni, agresivni prijeti da se pojave u svjesnosti i dovode do anksioznosti,
2. Odbrambeni mehanizmi koriste se da se suzbije anksioznost,
3. Premještanje dovodi do fobije,
4. Reaktivna formacija, negacija i premještanje dovode do opsesivno-kompulzivnog poremećaja,
5. Slom potiskivanja dovodi do paničnog ili generalizovanog anksioznog poremećaja,
6. Agorafobija je vezana uz:
 - a. Neprijateljsko-zavisni odnos sa partnerom,
 - b. Strah od agresivnih i seksualnih poriva usmjerenih prema drugim ili od drugih usmjerenih ka pacijentu.

Teorija učenja

1. Anksioznost nastaje zbog frustracije ili stresa. Jednom doživljena postaje uslovljena odgovorom na druge, slabije frustrirajuće ili stresogene situacije.
2. Može biti naučena kroz identifikaciju i imitaciju anksioznih modela kod roditelja (teorija socijalnog učenja),
3. Anksioznost je u vezi sa stvarno zastrašujućim podražajima, npr. nezgodama, koje se prenose na druge podražaje putem uslovljavanja, dovodeći do fobije.

Biološke teorije

1. Pretjerana vegetativna reakcija sa povećanim tonusom simpatikusa,
2. Povećano otpuštanje kateholamina,
3. Povišeni metaboliti noradrenalina,
4. Skraćena latencija rem spavanja i stadija 4 spavanja,
5. Snižen nivo GABA uzrokuje hiperaktivnost centralnog nervnog sistema,
6. Povišen nivo serotonina,
7. Hiperaktivni temporalni dio kore mozga, locus ceruleus.

DIJAGNOZA

Kompletna psihijatrijska anamneza i posmatranje pacijenta imaju važnu ulogu u postavljanju dijagnoze. Fizikalni pregled daje veoma malo kliničkih podataka. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, korištenje screening upitnika može povećati procenat otkrivanja pacijenata oboljelih od anksioznih poremećaja.

Screening se ne obavlja rutinski, već kod pacijenata sa prisutnim simptomima anksioznosti ili ukoliko postoji sumnja na njihovo prisustvo.	Nivo preporuke A
--	----------------------------

U praksi se mogu koristiti sljedeći upitnici: Hamiltonova skala anksioznosti, GAD-7, Skrining upitnik anksioznosti (ASQ), Upitnik opštih kliničkih utisaka (CGI), Upitnik za procjenu depresije i anksioznih poremećaja, Opšti zdravstveni upitnik, Bekova skala anksioznosti, Liebowitzeva skala socijalne anksioznosti, Kratka skala za socijalnu fobiju, SPRAS i Skala težine paničnih napada.

KLINIČKA SLIKA

Glavne komponente anksioznosti su psihološke prirode i somatske prirode.

Tjelesni znakovi	Psihološki simptomi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drhtanje, grčenje, osjećaj treperenja, tremor, ▪ Bolovi u leđima, glavobolja, ▪ Mišićna napetost, ▪ Kratak dah, hiperventilacija, ▪ Umor, ▪ Parestezije, ▪ Teškoće gutanja, ▪ Hiperaktivnost vegetativnog sistema: <ol style="list-style-type: none"> 1. Crvenjenje i bljedilo, 2. Tahikardija, palpitacije, 3. Znojenje, hladne ruke, 4. Dijareja, mučnina, bol u epigastrijumu, 5. Suha usta, 6. Učestalo mokrenje, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osjećaj ustrašenosti, ▪ Otežana koncentracije, ▪ Hipervigilnost, ▪ Nesanica, ▪ Smanjen libido, ▪ „Knedla u grlu“, ▪ Nervoza u želucu (trema), ▪ Napetost, ▪ Strepnja.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Anksioznost je glavna tegoba kod brojnih psiholoških, zdravstvenih i neuroloških poremećaja.

Depresivni poremećaji (F 32, F 33): 50-70% depresivnih bolesnika pokazuje anksioznost ili opsesivno razmišljanje o mračnim temama; 20-30% primarno anksioznih pacijenata takođe doživljava i depresiju.

Shizofrenija (F 20): Može biti izražena anksioznost i mogu se javiti teške opsesije, uz halucinacije i sumanutosti.

Bipolarni I poremećaj (F 31): Obilježen teškom anksioznošću tokom maničnih epizoda.

Netipična psihoza (F 28, F 29): Teška anksioznost uz psihotična obilježja.

Poremećaj prilagođavanja s anksioznošću (F 43): U anamnezi je prisutan psihološki stresor 3 mjeseca od početka poremećaja.

Opšta zdravstvena i neurološka stanja: Prisutno je i kognitivno oštećenje.

Poremećaji vezani uz zloupotrebu psihoaktivnih supstanci (PAS): Panika ili anksioznost praćeni intoksikacijom (naročito kofein, amfetamin) i apstinencijalne krize.

Lista somatskih oboljenja koji oponašaju anksioznost:

<ul style="list-style-type: none">▪ Neurološka stanja:
<ul style="list-style-type: none">• Cerebralne neoplazme,• Cerebralne kontuzije i postkontuzijski sy,• Epilepsija,• Wilsonova bolest,• Cerebralni sifilis, encefalitis,• Subarahnoidalna krvavljenja,• Cerebrovaskularna oboljenja,• Migrena,• Huntingtonova bolest,• Multipla skleroza.
<ul style="list-style-type: none">▪ Deficijentna stanja:
<ul style="list-style-type: none">• Deficijencija vit. B12,• Pelagra.
<ul style="list-style-type: none">▪ Endokrini poremećaji:
<ul style="list-style-type: none">• Poremećaji štitnjače,• Poremećaji hipofize,• Poremećaji s virilizacijom kod žena,• Feohromocitom,• Poremećaji nadbubrežne žlijezde,• Poremećaji paratiroidne žlijezde.
<ul style="list-style-type: none">▪ Intoksikacije i uzimanje određenih lijekova/supstanci:
<ul style="list-style-type: none">• Kofein i apstinencija od kofeina,• Apstinencija od alkohola i droga,• Amfetamini.• Simpatomimetička sredstva,• Vazopresijska sredstva,• Penicilinski antibiotici,• Sulfonamidi,• Nepodnošenje acetilsalicilne kiseline,• Kanabis,• Organofosforni spojevi,• Ugljik-disulfid,• Benzen.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inflamatorna stanja:
<ul style="list-style-type: none"> • Lupus eritematosus, • Poliarteritis nodosa, • Reumatoidni artritis, • Temporalni arteritis.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Razna druga stanja:
<ul style="list-style-type: none"> • Maligna oboljenja, • Hipoglikemija, • PMS, • Febrilna stanja i hronične upale, • Porfirija, • Posthepatični sy, • Infektivna mononukleoza, • Uremija, • Hipoksija, • Pulmonarna insuficijencija, • Kongestivna srčana insuficijencija, • Anemija.

NAPOMENE

ANGINA PEKTORIS/INFARKT MIOKARDA

Na EKG-u se kod angine vidi depresija ST spojnice, kardijalni enzimi karakteristični su za infarkt miokarda; jaka bol u prsima obično je povezana sa AP/IM - bol kod anksioznosti je obično oštra i površinska.

HIPERVENTILACIJSKI SINDROM

U anamnezi postoje brzi, duboki uzdasi, cirkumoralno blijedilo, karpopedalni spazmi, reaguje na ponovno udisanje izdahnutog vazduha iz papirne kese.

HIPOGLIKEMIJA

Nivo šećera u krvi, natašte, obično je ispod 2,78 mmol/L; znakovi dijabetesa - polidipsija, poliurija, polifagija.

HIPERTIREOIDIZAM

Povišeni su T3 i T4; u težim slučajevima egzoftalmus.

HIPERTENZIJA KOJA PRATI ANKSIOZNOST

Povišen nivo kateholamina.

TRETMAN

OPŠTI PRINCIPI

- U terapiji anksioznih poremećaja upotreba lijekova ne daje uvijek dobre rezultate, pa je potrebno razviti terapijsku shemu u odnosu na svaki pojedinačni poremećaj. Vješt izbor lijekova umnogome može da pomogne kod velikog broja pacijenata.
- Kognitivna, bihevioralna i dinamska psihoterapija naročito su korisne u slučajevima dugotrajnih anksioznih stanja.

CILJEVI TERAPIJE

1. Odrediti prirodu poremećaja.
2. Odrediti sve faktore koji doprinose nastanku poremećaja i procijeniti potrebu za medikacijom.
3. Edukovati pacijenta o prirodi oboljenja.
4. Edukovati pacijenta o značaju farmakoterapije (antistigmatizacija), očekivanom početku djelovanja terapije, mogućim neželjenim dejstvima i dužini terapije, riziku samoinicijativnog ukidanja lijeka, te potencijalnim znakovima apstinencijalne krize.
5. Pružiti podršku pacijentu

PRINCIPI FARMAKOTERAPIJE¹

Tretman antidepresivima (SSRI) predstavlja osnovu farmakološkog tretmana većine anksioznih poremećaja. Benzodiazepini se preporučuju kod određenih poremećaja, ali samo u kratkom vremenskom roku.

Triciklični antidepresivi, inhibitori MAO, antikonvulzivi i antipsihotici prepisuju se za određene indikacije, koje uglavnom određuje psihijatar.

Lijek treba uključiti u niskoj dozi, koja se postepeno povećava u skladu sa terapijskim odgovorom.	<i>Nivo preporuke C</i>
--	---------------------------------

¹ Fabrički nazivi lijekova navedeni su u „Registru lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije“.

Algoritam liječenja anksioznih poremećaja:

Poremećaj	Prvi lijek izbora	Alternativa specifična za poremećaj	Specijalističko liječenje
Panični poremećaj	SSRI drugi SSRI	TCA benzodiazepini	strategija pojačanja RIMA
Socijalni anksiozni poremećaj	SSRI drugi SSRI	benzodiazepini (klonazepam)	RIMA
PTSP	SSRI drugi SSRI	stabilizator raspoloženja	antikonvuzivi RIMA
Opšti anksiozni poremećaj	SSRI drugi SSRI	Venlafloxin Buspiron nesedirajući TCA	

PRINCIPI PSIHOTERAPIJE

Rezultati randomiziranih studija pokazali su podjednaku efikasnost farmakoterapije i psihoterapije. Randomizirane studije, koje kompariraju efikasnost kombinacije ova dva oblika terapije sa pojedinačnim, dale su varijabilne rezultate.

Kognitivno-bihejvioralna terapija pokazala se veoma efikasnom u tretmanu anksioznih poremećaja.

Bihejvioralna terapija odnosi se na modifikaciju ponašanja (izlaganje, prilagođavanje, tehnika disanja, interoceptivno izlaganje)

Kognitivna terapija utiče na osjećanja pacijenta, odnosno način na koji pacijent doživljava važna životna iskustva. Ciljevi kognitivne terapije su mijenjanje pogrešnih premisa, ispravljanje grešaka u zaključivanju, te usmjeravanje pacijenata ka objektivnoj realnosti.

Individualna analitički orijentisana psihoterapija i grupna analiza su se pokazali veoma efikasnim u tretmanu anksioznih poremećaja.

GLAVNI OBLICI ANKSIOZNOG POREMEĆAJA

GENERALIZOVANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)

F 41.1 DISORDO ANXIOSUS GENERILISATUS

Kod generalizovanog anksioznog poremećaja anksioznost i prekomjerna strepnja su dominantni simptomi. Obično se javlja između 20. i 35. godine.

Oboljela osoba većinu vremena provodi brinući o svakodnevnim životnim situacijama. Najčešće je uznemirena, razdražljiva, napeta, isprekidano govori, te se žali na lako zamaranje, otežanu koncentraciju i nesanicu.

Prema DSM-IV klasifikaciji, kriterijumi za postavljanje dijagnoze GAP-a su prisustvo anksioznosti najveći broj dana tokom šest mjeseci, kao i prisustvo najmanje tri od sljedećih šest simptoma: uznemirenost, lako zamaranje, otežana koncentracija, razdražljivost, mišićna napetost i poremećeno spavanje.

Stopa psihijatrijskog komorbideta i GAP:

- Jednostavna fobija 21-55%,
- Socijalna fobija 15-59%,
- Depresija (uključujući distimiju) 8-39%,
- Panični poremećaj 3-27%.

Tok i prognoza:

Hroničan tok, simptomi se mogu povući kako pacijent stari. Tokom vremena, pacijent može razviti sekundarnu depresiju.

Prediktori slabe prognoze kod GAP:

- Dugo trajanje bolesti,
- Komorbiditet psihijatrijskih poremećaja,
- Dugotrajni somatski poremećaj,
- Koegzistencija poremećaja ličnosti,
- Slaba socijalna prilagođenost,
- Nestabilni bračni i porodični odnosi.

Preporuke za tretman

FARMAKOTERAPIJA	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • U akutnom tretmanu GAP-a mogu se koristiti benzodiazepini. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Sedativni antihistaminici mogu se koristiti u akutnom tretmanu GAP-a. 	
<ul style="list-style-type: none"> • U kratkoročnom i dugoročnom tretmanu GAP-a koriste se antidepresivi. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Prvu liniju terapije antidepresivima čine SSRI (paroksetin, sertalin). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko je postignut terapijski odgovor nakon 12 sedmica, terapija se nastavlja šest mjeseci. 	B
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepini se ne trebaju koristiti duže od 2-4 sedmice. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Beta blokatori nisu efikasni u tretmanu GAP-a. 	C
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko terapija jednim SSRI nije dala željene rezultate nakon 12 sedmica, a postoji indikacija za dalju terapiju, prepisuje se drugi SSRI (ili venlafaxin). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pri uključivanju farmakoterapije, potrebno je uraditi procjenu efikasnosti i neželjenih dejstava lijeka nakon 2,4, 6 i 12 sedmica. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko nakon 12 sedmica postoji indikacija za nastavak terapije, odgovor na terapiju procjenjuje se u intervalima od 8-12 sedmica ovisno o kliničkom progresu i individualnim okolnostima. 	

PSIHOTERAPIJA	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralna terapija vrlo je efikasna u dugoročnom tretmanu GAP-a. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralna terapiju provodi samo dobro edukovani zdravstveni profesionalac. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralna terapiju treba provesti u toku 4 mjeseca, u jednosedmičnim seansama u trajanju od 1-2 sata. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Individualna analitički orijentisana psihoterapija i grupna analiza. 	

PANIČNI POREMEĆAJ (SA I BEZ AGORAFBIJE)

F 41.0 DISORDO PANICUS

Panični poremećaj je stanje koje dominantno karakteriše:

- Iznenadno pojavljivanje spontanih i neočekivanih paničnih napada najmanje jedanput mjesečno,
- Napadi su praćeni brojnim somatskim simptomima i osjećajem vitalne ugroženosti,
- Zabrinutost zbog mogućih posljedica paničnih napada,
- Promijenjeno ponašanje povezano sa napadima (izbjegavanje: da se ostane sam u kući ili da se ide sam izvan kuće, vožnje autobusom, vozom, avionom, supermarketa, mnoštva svijeta i gužve, stajanja u redu, odlazaka u pozorište, restorane, kina, liftova, tunela, mosta).

Panični poremećaj može se javljati sa agorafobijom ili bez nje. Pod **agorafobijom** podrazumijevamo specifičnu vrstu straha, najčešće sekundarno razvijenu, kod osoba sa paničnim poremećajem. Osoba koja pati od ovog poremećaja ima strah od napada straha i osjeća se najsigurnije u svom okruženju. Agorafobični napadi najčešće se javljaju van kuće - dok osoba čeka u redu, u gužvi, na mostu, u autobusu, vozu ili automobilu

Panični napad je kratka epizoda (do 10-tak minuta, rijetko do sat vremena) nepodnošljive plašljivosti, zabrinutosti, unutarnjeg nemira sa iznenadnim atacima nepodnošljivog osjećaja straha i znakova i simptoma snažnog podražaja vegetativnog nervnog sistema.

Prema *DSM IV* klasifikaciji kriterijumi za **postavljanje dijagnoze paničnog napada** uključuju kratkotrajno razdoblje intenzivnog straha ili nelagode u kome se 4 ili više simptoma razvijaju i dostižu vrhunac unutar 10 minuta: palpitacije, lupanje srca, ubrzan puls, znojenje; drhtanje ili tresenje, osjećaj nedostatka zraka ili teškog disanja, 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 sama od sebe), strah od gubitka kontrole ili osjećaj da će se poluditi, strah od smrti, parestezija (osjećaj umrtvljenosti ili bockanja), navala osjećaja toplote ili hladnoće.

Čest komorbiditet: fobije, naročito agorafobija (30-40%), teška depresija (40-80%), zloupotreba alkohola i sedativa, zavisnost od PAS.

Kod paničnog poremećaja povećan je suicidalni rizik.

Tok i prognoza:

Panični poremećaj kroz nekoliko sedmica može potpuno onesposobiti pacijenta. Može se razvijati postepeno, mjesecima, čak godinama, poprimiti hroničan tok, sa remisijama i egzacerbacijama.

Prognoza, uz terapiju je odlična.

Agorafobija je najrezistentnija od svih fobija.

Preporuke za tretman

FARMAKOTERAPIJA	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepini se ne trebaju koristiti dugoročno u akutnom tretmanu paničnog poremećaja. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Prvu liniju terapije antidepresivima čine SSRI. 	
<ul style="list-style-type: none"> • U akutnom i dugoročnom tretmanu paničnog poremećaja koriste se antidepresivi. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko je postignut terapijski odgovor nakon 12 sedmica, terapija se nastavlja šest mjeseci. 	
<ul style="list-style-type: none"> • U akutnom paničnim napadu mogu se dati alprazolam (0,5-1 mg) ili lorazepam (0,5-2 mg) sublingvalno. 	C
<ul style="list-style-type: none"> • Sedativni antihistaminici i neuroleptici se ne trebaju koristiti u tretmanu paničnog poremećaja. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko terapija jednim SSRI nije dala željene rezultate nakon 12 sedmica, a postoji indikacija za dalju terapiju, prepisuje se drugi SSRI ili TCA. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pri uključivanju farmakoterapije, potrebno je uraditi procjenu efikasnosti i neželjenih dejstava lijeka nakon 2, 4, 6 i 12 sedmica. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko nakon 12 sedmica postoji indikacija za nastavak terapije, odgovor na terapiju procjenjuje se u intervalima od 8-12 sedmica ovisno o kliničkom progresu i individualnim okolnostima. 	

PSIHOTERAPIJA

<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralna terapija vrlo je efikasna u dugoročnom tretmanu paničnog poremećaja. 	<i>Nivo preporuke A</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralnu terapiju provodi samo dobro edukovani zdravstveni profesionalac. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivno-bihevioralnu terapiju treba provesti u toku 4 mjeseca, u jednodnevnim seansama trajanja 1-2 sata. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivna terapija sa izlaganjem efikasnije smanjuje stopu relapsa u odnosu na farmakoterapiju. 	

SPECIFIČNE FOBIE**F 40.2 PHOBIA SPECIFICA**

Fobija je iracionalan, intenzivan strah, nastao pojavom predmeta ili situacije koji podsjećaju na prethodno iskustvo ispunjeno strahom.

Specifična fobija je obilježena klinički značajnom anksioznošću, koja je izazvana izlaganjem osobe specifičnom objektu ili situaciji koja djeluje zastrašujuće, što često dovodi do izbjegavajućeg ponašanja.

Karakteristični simptomi fobičnog poremećaja:

- Osoba iznenada osjeti iracionalan strah, paniku i užas u situaciji koja nije opasna,
- Fobična osoba svjesna je da njen strah prelazi granice normalnog i da nema stvarne opasnosti,
- Fobična reakcija je automatska, osoba je ne može kontrolisati i praktički je sva obuzeta imaginacijom prijetnje i opasnosti,
- Fobična osoba pokazuje sve tjelesne reakcije koje su prisutne u velikom strahu: ubrzan rad srca, osjećaj nedostatka zraka, površno disanje, drhtanje i jaku želju da pobjegne iz fobične situacije,
- Fobična osoba izbjegava objekte i situacije kojih se plaši,
- Tipovi fobija: od životinja, od prirodnog okoliša (npr. visina, oluja, voda), od krvi, injekcija, ozlijeđa, od situacija (npr. avioni, liftovi, zatvoreni prostori).

SOCIJALNI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (SAP)

F 40.1 PHOBIA SOCIALIS

Socijalna fobija je neprimjeren strah od izloženosti posmatranju i kritičkoj procjeni drugih u različitim socijalno strukturisanim situacijama. Očituje se kao strah od javnih nastupa, predavanja, izjava za TV, iznošenja svog mišljenja na sastanku, susreta sa značajnim osobama, pokazivanja znanja i vještina na ispitu, za vrijeme obroka u prisustvu drugih i sl.

Osoba se boji da će na javnom nastupu ispasti nespretna, pokazati neznanje, napraviti nepopravljivu glupost i tako ispasti smiješna.

Ako je prisiljena biti u socijalno-fobičnoj situaciji, osoba doživljava jake simptome anksioznosti (crvenilo lica, znojenje, drhtanje i blokadu govora), uz popratne negativne kognitivne interpretacije (njen će nastup proglasti glupim, dosadnim i sl.). Osoba je svjesna svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih znakova, misli da je to lako uočljivo drugima, pa se javlja strah od straha, odnosno jaka anticipacijska anksioznost, što se zbog posljedičnog izbjegavajućeg ponašanja negativno odražava na socijalne kontakte i kvalitet života.

Socijalni anksiozni poremećaj je najčešći anksiozni poremećaj (10-15%), često je neprepoznat uzrok neuspjeha u školi, razvoda braka, neuspješne profesionalne karijere, asocijalnog života, alkoholizma i zavisnosti od PAS. Takođe, SAP često nije prepoznat u ambulantom porodične medicine.

Danas se smatra kako postoje **dva glavna klinička podtipa SAP-a**:

- **Generalizovani SAP** (strah od širokog spektra socijalnih situacija)
- **Specifični** (strah od jedne ili nekoliko specifičnih socijalnih situacija)

U oba klasifikaciona sistema, DSM-IV i MKB-10, osnovna karakteristika SAP-a je strah osobe da će je drugi procjenjivati i ocjenjivati, te očekivanje da će rezultat takve procjene za nju biti negativan i poražavajući.

Postoje i neke razlike: npr. prema MKB-10, javni govor pred publikom se ne smatra fobičnom situacijom, kao što je to u DSM-IV, jer MKB-10 specificira da se strah od procjenjivanja mora odnositi na malu grupu ljudi, a ne na gomilu. DSM-IV specificira da poremećaj treba predstavljati socioekonomski teret za pacijenta, u smislu oštećenja profesionalnog funkcionisanja, dok MKB-10 to ne traži. MKB-10 naglašava važnost tjelesnih simptoma, dok DSM-IV govori samo o simptomima anksioznosti. Uopšteno, MKB-10 ima nešto strožije kriterije.

Komorbiditet u socijalno-anksioznom poremećaju (SAP-u)

Najčešća komorbidna stanja uključuju:

- Jednostavne fobije,
- Agorafobiju,
- Major depresiju,
- Zavisnost o alkoholu i drogama.

Tok i prognoza:

- Hroničan tok, sa mogućnosti pogoršanja, ako se ne tretira.
- Prognoza je, uz terapiju, dobra.

Preporuke za tretman

	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prvu liniju farmakološkog tretmana socijalne fobije čine antidepresivi. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Prvi izbor u terapiji antidepresivima čine SSRI (fluoksetin, paroksetin, sertalin). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxin, moclobemid, olanzapin i pojedini benzodiazepini (bromazepam, klonazepam) mogu se koristiti u tretmanu socijalnih fobija. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko je postignut terapijski odgovor nakon 12 sedmica, terapija se nastavlja šest mjeseci. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivna terapija sa izlaganjem efikasnija je u smanjivanju procenata relapsa u odnosu na farmakoterapiju. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxin se može koristiti kao druga linija terapije, ukoliko SSRI ne daju adekvatan terapijski odgovor tokom akutne faze tretmana. 	C

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)

F 43.1 DISORDO POSTTRAUMATICA STRESSOGENES

Posttraumatski stresni poremećaj javlja se kod osoba koje su bile izložene traumatskom događaju, što podrazumijeva direktnu opasnost po život, potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje, ugroženost vlastitog ili tuđeg integriteta, a kao odgovor na to javlja se intenzivan strah i osjećaj bespomoćnosti ili užasnutosti.

Smatra se da se u opštoj populaciji PTSP javlja sa učestalošću od 1-2%, mada u novijim epidemiološkim studijama prevalenca se kreće od 1-12%, dok kod ratnih veterana iznosi oko 30%. Istraživanja pokazuju da se kod žrtvi mirnodopskog nasilja PTSP javlja u oko 20% slučajeva, nakon prirodnih katastrofa oko 15%, dok nakon saobraćajnih nesreća postoji vjerovatnoća pojave posttraumatskih smetnji kod oko 7% osoba.

Tipični simptomi PTSP-a su *ponovno proživljavanje* traumatskog iskustva putem intruzivnih sjećanja ili snova, *izbjegavanje aktivnosti i situacija* koji podsjećaju na traumu, a koje su sastavani dio uobičajenog života, poteškoće sa spavanjem, kontrolom ljutnje i bijesa, smetnje na planu pažnje i koncentracije, prenaplašene reakcije na benigne stimuluse (*pojačana pobuđenost*), a javljaju se i osjećanja emocionalne praznine i odvojenosti od drugih ljudi.

Istraživanja su pokazala da razvoj, intenzitet i trajanje PTSP-a najviše zavisi od sljedećih faktora:

- Karakteristika traumatskog događaja,
- Karakteristika ličnosti prije traumatskog događaja,
- Ranije proživljene traume i ranije prisutnih psihičkih teškoća,
- Kvaliteta socijalne podrške nakon traumatskog događaja.

Dijagnostički kriterijumi za PTSP u oba klasifikaciona sistema se uglavnom poklapaju, s tim što se kod MKB-10 ne razmatra vulnerabilnost, dok se u DSM-IV ne negira značaj individualne predispozicije, odnosno vulnerabilnosti i otpornosti.

Takođe, postoji razlika u determinisanju stresnih iskustava nakon kojih može nastati PTSP. Kod MKB-10 osoba mora biti direktno izložena traumatskom događaju, a kod DSM-IV npr. saznanje o dijagnosticiranju po život opasne bolesti djeteta ili bliskog člana porodice može dovesti do razvoja PTSP-a.

Prema MKB-10, kod reakcija na težak stres treba razlikovati:

- Akutnu reakciju na stres F 43.0,
- PTSP F 43.1,
- Poremećaj prilagođavanja F 43.2,
- Trajne promjene ličnosti nakon katastrofičnog iskustva F 62.0.

Kod akutne reakcije na stres i poremećaja prilagođavanja, individualna osjetljivost igra veliku ulogu, dok je kod PTSP-a i trajnih promjena ličnosti (koje u velikom broju slučajeva predstavljaju hroničnu sekvelu nakon PTSP-a) zajednički etiološki faktor katastrofično iskustvo.

Tokom vremena mogu da se razvijaju i drugi, pridruženi poremećaji, kao što su:

- Zloupotreba psihoaktivnih supstanci (alkohola, droge), depresivni i anksiozni poremećaji,
- Poteškoće u socijalnom prilagođavanju,
- Oštećenja kognitivnih funkcija i radnih performansi,
- Posljedice na planu somatskog zdravlja, od kojih najčešće glavobolje, hronični umor, bolovi u grudima, gastrointestinalni, kardiovaskularni, renalni, respiratorni poremećaji, kao i oslabljen imuni sistem i infekcije.

Iskustva iz prakse pokazuju da traumatizovani najčešće traže pomoć u zdravstvenim ustanovama zbog navedenih poremećaja, a da predhodno PTSP nije ni bio dijagnostikovao, niti tretiran.

Tok i prognoza:

Hroničan tok. Trauma se s vremena na vrijeme ponovo proživljava tokom nekoliko godina. Lošija prognoza uz ranije postojeća psihopatološka stanja.

Posljedice PTSP-a:

- Često se javlja u komorbiditetu, naročito sa depresijom i zloupotrebom PAS,
- Uzrokuje disfunkcionalnost u porodičnom i radnom okruženju,
- Osobe sa PTSP-om su često suicidalne,
- PTSP može rezultirati trajnim promjenama ličnosti zbog traumatizacije,
- Osoba sa parcijalnim PTSP-om može, takođe, imati probleme sa radnim i porodičnim funkcionisanjem,
- Dugoročne posljedice psihotraumatizacije mogu biti razvoj depresije i psihosomatskih bolesti,
- Osobe sa PTSP-om teško odlučuju da se jave ljekaru zbog psihičkih problema.

Preporuke za tretman

	Nivo preporuke
<ul style="list-style-type: none"> • Prvu liniju tretmana čine antidepressivi iz SSRI grupe (početi niskom dozom koja se postepeno povećava do punog učinka) ili serotonergički TCA. • Specijalista psihijatrije ili ljekar porodične medicine sa dodatnom edukacijom iz psihijatrije može sprovoditi farmakološki tretman sa težištem na predominantnim simptomima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kod naglašene intruzije, pobuđenosti, hostilnosti, impulsivnosti, agresivnosti - daje se karbamazepin, soli litijuma, valproat, propranolol, klonidin. ○ Kod naglašene anksioznosti daje se alprazolam. ○ Kod naglašene depresivnost daju se SSRI, TCA, RIMA. ○ Kod naglašenih psihotičnih simptoma, izuzetne agresivnosti i agitacije mogu se prepisati antipsihotici. ○ Kod prisutnih smetnji spavanja: mirtazapin. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Obično se odgovor javlja unutar 8 sedmica, ali može biti i nakon 12 sedmica. Tretman treba nastaviti 6 mjeseci, ili duže, a mogućnost relapsa je 5%. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Najčešće korištene psihoterapijske metode uključuju kognitivno-bihejvioralnu psihoterapiju, dinamsku psihoterapiju (individualnu i grupnu), EMDR (terapija desenzitizacije pokretima očiju), suportivnu psihoterapiju, kao i psihosocijalne intervencije. 	C
<ul style="list-style-type: none"> • Unutar 3 sedmice od traume potrebno je porazgovarati, savjetovati i educirati pacijenta, uz eventualno kraću i ograničenu primjenu anksiolitika ili hipnotika. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ako se smetnje ne smanjuju ni nakon 3 mjeseca psihofarmakoterapije, potrebno je uputiti pacijenta psihijatru, a ako pacijent iznosi suicidalna razmišljanja ili ako ima psihotične simptome, potrebno ga je <i>odmah</i> uputiti psihijatru. 	

OPSESIVNO - KOMPULZIVNI POREMEĆAJ (OKP)**F 42 DISORDO OBSESSIVO-COMPULSIVUS**

Opsesivno-kompulzivni poremećaj karakteriše intenzivna anksioznost, ponavljajuće opsesije i/ili kompulzije.

Opsesije (lat. *obsessio* - opsjedanje, obuzetost nečim, opsjednutost, salijetanje) su ponavljajuće, neugodne ili neprikladne misli ili ideje koje osoba doživljava kao nametnute, ali ih prepoznaje kao svoje, i koje želi da zanemari, otkloni ili neutralizuje drugim mislima.

Kompulzije (lat. *compulsio* - primoravanje, prisiljavanje, prisila) su ponavljajuće radnje ili psihičke aktivnosti koje se osoba osjeća prisiljenom da radi, kao odgovor na opsesije ili nastojeći rigidno zadovoljiti pravila, a sa ciljem smanjenja psihičke napetosti.

Za razliku od djece, odrasle osobe su obično u mogućnosti da kognitivno dožive i opsesije i kompulzije kao pretjerane i nerazumne, odnosno iracionalne.

Kod osoba sa OKP-om česti su depresivni simptomi, a osobe koje pate od ponavljajućeg depresivnog poremećaja, često tokom depresivnih epizoda mogu razviti opsesivne misli.

Dijagnostičke smjernice:

MKB-10 pod šifrom F 42 opisuje i supkategorizira OKP na sljedeći način:

- Misli ili impulsi moraju biti prepoznati kao vlastiti.
- Mora postojati bar jedna misao ili radnja koja se i usprkos otporu ponavlja, iako mogu biti prisutne i druge misli, kojima se pojedinac više ne opire.
- Misao ili radnja koja se ponavlja ne smije sama po sebi biti ugodna (jednostavno oslobađanje od napetosti ili anksioznosti se ne podrazumijeva kao zadovoljstvo).
- Misli, slike ili impulsi moraju biti neugodno ponavljajući.

DSM-IV: Osnovna obilježja su povratne opsesije ili kompulzije (kriterijum A) koje osobu okupiraju vremenski (tj. oduzimaju više od 1h dnevno) ili izazivaju očite smetnje ili značajno oštećenje (kriterijum C). Bolesnik tokom poremećaja shvata pretjeranost i nerazumnost prisilnih misli i radnji (kriterijum B). Ako postoji drugi poremećaj, sadržaj opsesija ili kompulzija nije ograničen na taj poremećaj (kriterijum D). Smetnje nisu uzrokovane neposrednim uticajem štetnih tvari, niti opštim zdravstvenim stanjem (kriterijum E).

Da bi se postavila dijagnoza OKP opsesije i/ili kompulzije moraju biti takvog intenziteta da za duže vrijeme potpuno zaokupe oboljelog, tako da dovode do poremećaja funkcionisanja na socijalnom planu i ukupnoj radnoj aktivnosti.

Tok i prognoza:

Tok je hroničan, s pojačanjem i gašenjem simptoma. Prognoza je uglavnom zadovoljavajuća uz liječenje, ali su neki slučajevi rezistentni na terapiju.

Preporuke za tretman

	<i>Nivo preporuke</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prvu liniju farmakološkog tretmana OKP čine antidepresivi. 	A
<ul style="list-style-type: none"> • Prvi izbor u terapiji antidepresivima čine SSRI ili klomipramin. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko je postignut terapijski odgovor nakon 12 sedmica, terapija se nastavlja 12 mjeseci. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko se ne postigne odgovor nakon 12 sedmica tretmana, povećati standardne doze SSRI ili klomipramina. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Efikasnost farmakoterapije i psihoterapije u tretmanu akutne faze OKP je podjednaka, ali se primjenom psihoterapije smanjuje procenat relapsa. 	B
<ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko povećanje doze lijeka ne postigne odgovarajući odgovor, treba kombinovati farmakoterapiju sa psihoterapijom. 	

Napomena

Koriste se **benzodiazepinski preparati** dugog ili srednjeg poluživota:

<i>diazepam</i>	2 x 2-10 mg/dan
<i>klonazepam</i>	2-3 x 0,5-1 mg
<i>lorazepam</i>	2-3 x 0,5–2 mg/dan
<i>bromazepam</i>	3-5 x 1,5-3 mg/dan
<i>prazepam</i>	3 x 5-10 mg/dan
<i>alprazolam</i>	3 x 0,25-0,5 mg/dan

Najučestaliji neželjeni efekti benzodiazepina su: sedacija, pogoršanje psihomotornih funkcija, prolazni poremećaji pamćenja, nistagmus. Mogu se javiti dizartriya, konfuzija, poremećaji raspoloženja.

Dozu prije prekidanja treba lagano snižavati zbog rizika od pojave apstinencijalne krize ili konvulzivnih napada. Kod starijih pacijenata početnu dozu smanjiti za jednu polovinu.

Benzodiazepini dolaze u *interakciju* sa sljedećim lijekovima: antacidima, cimetidinom, rifapicinom, propoksifenonom, kontraceptivima, disulfiramom, digoksinom, izonijazidom, levodopom.

INDIKACIJE ZA UPUĆIVANJE PACIJENTA PROFESIONALCIMA ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Pacijenta treba uputiti **psihijatru** ukoliko:

1. Postoje dijagnostičke nedoumice,
2. Ljekar porodične medicine se ne osjeća siguran da prepíše indikovanu terapiju,
3. Pacijent je potencijalno suicidalan ili aktivno zloupotrebljava neku supstancu,
4. Pacijent ne saraduje,
5. Radi se o ozbiljnoj i izraženoj psihopatologiji,
6. Simptomatologija traje duže od 3 mjeseca i pored uvođenja terapije.

Pacijenta treba uputiti **kliničkom psihologu** ukoliko:

1. Postoje diferencijalno-dijagnostičke nedoumice,
2. Potrebno je odrediti tip psihoterapijskog tretmana.

Pacijenta treba uputiti **psihoterapeutu** ukoliko:

1. Anksioznost nije vezana samo za aktuelni stres,
2. Pacijent je motivisan za eksploraciju svojih intrapsihičkih sadržaja i interpersonalnih relacija,
3. Uzroci anksioznosti su u velikoj mjeri nesvjesni,
4. Sama farmakoterapija i psihoedukacija ne daju zadovoljavajuće rezultate.

PRILOZI

Neuroanatomija generalizovanog anksioznog poremećaja	Neurohemija generalizovanog anksioznog poremećaja
Amigdala igra značajnu ulogu u nastanku GAP-a, odnosno slobodno-lebdeće anksioznosti.	Serotoninski sistem ima važnu ulogu u nastanku GAP.
Kod GAP-a postoji povećanje aktivnosti i volumena amigdala.	SSRI normalizuju abnormalnost (hipoaktivnost), te redukuju hipersenzitivnost na frustracije i sklonost impulsivnom reagovanju.
Amigdala igra značajnu ulogu u nastanku GAP-a, odnosno slobodno lebdeće anksioznosti.	Noradrenergički sistem ima krucijalnu ulogu u fokusiranju pažnje na istaknute događaje u prijetećim ili zahtjevnim situacijama.
Postoji pojačana aktivnost u donjim strukturama frontalnog korteksa i prednjim temporalnim regijama kod različitih emocionalnih i anksioznih stanja.	Registrovano je smanjenje alfa-2-adrenergičkih receptorskih mjesta na trombocitima, te povećanje noradrenalina u plazmi osoba sa GAP.
Hipokampus može imati ulogu u nastanku konflikta i izbjegavanja.	GABA sistem je takođe posrednik u nastanku GAP. Nakon tretmana GAP-a sa benzodiazepinima dolazi do normalizacije vezivanja za benzodiazepinske receptore.

Neuroanatomija paničnog poremećaja	Neurohemija paničnog poremećaja
Amigdala igra značajnu ulogu u nastanku uslovljenog straha i automatskom hiperpobuđenju, te nastanku paničnih poremećaja.	Postoji serotonergička abnormalnost kod paničnog poremećaja, a panični napadi mogu se izazvati davanjem serotoninских agonista ili marihuane.
Prisutna je aktivacija amigdala, te disfunkcija hipokampalnih i parahipokampalnih regija za vrijeme paničnih napada, ali precizne abnormalnosti još nisu registrovane.	Postoje podaci o efikasnosti SSRI u liječenju paničnih poremećaja i normalizaciji funkcionalne abnormalnosti.
Stimulacija amigdala udružena je sa odgovorima straha, a lezije amigdala sa teškoćama u prepoznavanju straha.	Modulacija serotonergičkog sistema utiče na aktivnost drugih regija što rezultira sniženjem noradrenergičke aktivnosti, smanjenjem oslobađanja CRF i modifikacijom odbrana-bijeg ponašanja.
Aktivnost amigdala prenosi se na hipotalamus i moždano stablo koji takođe posreduju u odgovoru straha.	Noradrenergički sistem je takođe uključen u posredovanju paničnih napada.
Hipokampus ima značajnu ulogu u procesuiranju uslovljenog straha i izbjegavanju određenog ponašanja kod ljudi koji su iskusili panične napade.	

Neuroanatomija socijalnog anksioznog poremećaja:	Neurohemija socijalnog anksioznog poremećaja:
Smatra se da amigdala igra posredničku ulogu u nastanku simptoma socijalne fobije, jer nakon lezija amigdale može nastati neugodni socijalni strah.	Serotoninski sistem igra važnu ulogu u neuroaktivnosti amigdala i kortikostrijalnog sistema i posredovanju kod nastanka socijalne anksioznosti.
Anteriorni cingulum, striatum, bazalne ganglije, putamen.	Redukcija serotonergičke aktivnosti vodi ka izbjegavanju socijalnih aktivnosti, dok povećanje serotonergičke aktivnosti ima suprotan efekat.
Tretman sa SSRI normalizuje aktivnost u amigdalama, cingularnom korteksu i bazalnim ganglijama.	SSRI normalizuje disfunkciju kod socijalne fobije i normalizuje aktivnost amigdala, cingulat regija i bazalnih ganglija.
	Dopaminergički sistem je manje aktivan kod socijalne fobije, a davanje dopaminskih blokera može pojačati simptome socijalne anksioznosti.

Neuroanatomija PTSP-a	Neurohemija PTSP-a
<p>Prisutna pojačana aktivnost amigdala, nakon dolaska senzornih informacija, dalje se iz amigdala inervišu strukture koje su uključene u kompleksan odgovor koji ljudi interpretiraju kao strah; opasnost je „prepoznata“.</p>	<p>Serotonin je uključen u regulaciju aktivnosti amigdala i vezujućih struktura, te nastanku simptoma PTSP-a.</p>
<p>Amigdale su odgovorne za „emocionalno“ pamćenje, uključene su u prepoznavanju opasnosti, doživljaju straha i pamćenju straha.</p>	<p>Postoji senzitivacija noradrenergičkog i dopaminergičkog sistema kod PTSP-a. Blaga adrenergička aktivnost može poboljšati kognitivne funkcije.</p>
<p>Kod pacijenata sa PTSP-om zapaženo je pogoršanje aktivnosti i smanjenje volumena hipokampusu. Hipokampus je odgovoran za „svjesno pamćenje“. U hipokampusu su pohranjena dugoročna sjećanja i emocionalni sadržaji bitni za donošenje odluka.</p>	<p>Dopaminski sistem, naročito prefrontalnog korteksa najosjetljiviji je na stres. Stres pogoršava kognitivne funkcije i to se može spriječiti pretretmanskim davanjem nižih doza blokera dopamina ili drugih agensa koji redukuju prefrontalni dopaminski promet.</p>
<p>Postoji smanjenje aktivnosti Broca-zone i drugih frontalnih područja.</p>	<p>Aktivnost hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osovine (HHA) smanjena je u PTSP-u. PTSP karakteriše smanjenje plazma nivoa kortizola, kao i povećanjem osjetljivosti glukokortikoidnih receptora</p>
	<p>Disfunkcija u HHA sistemu rezultuje i neuralnim oštećenjem, naročito u hipokampusu, te kognitivnim pogoršanjem, što je karakteristično za ovaj poremećaj Glutamat receptori amigdala i NMDA receptori su vjerovatno uključeni u neuralne mehanizme koji utiču na formiranje straha i gubljenje pamćenja udruženog sa strahom.</p>

Neuroanatomija opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP):	Neurohemija OKP-a:
Postoje podaci da je kortikalno-striatalno-talamično-kortikalna aktivnost (CSTC) oštećena kod OKP.	Serotoninski sistem je uključen u nastanak OKP, ali vjerovatno igra minornu ulogu jer samo 40-60% pacijenata odgovara na SSRI.
Kod OKP pacijenata prisutni su blagi neurološki simptomi uključujući tikove, konzistentno sa oštećenjem bazalnih ganglija, a neuropsihološki testovi potvrđuju da OKP pacijenti imaju hiperaktivnost u orbitofrontalnom korteksu, anteriornom cingulumu i ventralnom striatumu. Ova hiperaktivnost izazvana je nakon izlaganja osobe strahu, ali se normalizuje nakon terapije lijekovima i psihoterapijom.	Desenzitivacija 5-HT 1D terminalnih autoreceptora, za koju je potrebno najmanje 8 sedmica uz visoke doze SSRI, može dovesti do povećanja serotoninske aktivnosti i kliničkog efekta, te promjena u kortiko-strijalnoj aktivnosti.
	Dopaminski sistem može igrati značajnu ulogu u nastanku OKP. Dopaminski blokera mogu biti efikasni u tretmanu OKP sa tikovima, dok davanje agonista dopamina pogoršava simptome OKP i tikove.
	Drugi sistemi: glutaminergički, neuropeptidni, hormonalni steroidi mogu biti uključeni u nastanak OKP.

KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Pri pretrazi literature korištene su elektronske baze podataka i štampani materijali relevantni za specifičnu oblast kojom se vodič bavi. Stepen dokaza i nivo preporuke dati u kliničkim vodičima zasnivaju se na sledećim kriterijumima:

Stepen dokaza:

Ia: Meta-analize, sistematski pregledi randomiziranih studija.

Ib: Randomizirane kontrolisane studije (najmanje jedna).

IIa: Sistematski pregledi kohortnih studija.

IIb: Dobro dizajnirana kohortna studija i lošije dizajnirana randomizirana studija.

IIIa: Sistematski pregledi "case control" studija.

IIIb: Dobro dizajnirana "case control" studija, "correlation" studija.

IV: Studije slučaja ("case-series") i loše dizajnirane opservacione studije.

V: Ekspertska mišljenja.

Nivo preporuka:

Nivo preporuke	Na osnovu stepena dokaza	Obrazloženje:
A	Ia i Ib	Zahtijeva bar jednu randomiziranu kontrolisanu studiju kao dio literature koja obrađuje određeno područje.
B	IIa, IIb i III	Zahtijeva dobro dizajniranu, ne nužno i randomiziranu studiju iz određenog područja.
C	IV i V	Preporuka uprkos nedostatku direktno primjenljivih kliničkih studija dobrog kvaliteta.

LITERATURA

1. *Ackerman DL, Greenland S.* Multivariate meta-analysis of controlled drug studies of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:309-317.
2. *Američka psihijatrijska udruga:* Dijagnostički kriteriji iz DSM-IV, Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.
3. *Baldwin DS.* Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 2005; 19: 567-596.
4. *Baldwin DS, Polkinghorn C.* Evidence-based pharmacotherapy for general anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 293:302.
5. *Ballengar JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et.al.* Consensus statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J.Clin Psychiatry* 1998.
6. *Evidence based medicine guidelines:* Anxiety disorder, Helsinki, Finland Medical Society Duodecim Publications Ltd., 23.04.2002. p.1-3.
7. *Evidence based medicine guidelines:* Drug treatment of anxiety and related disorders, Helsinki, Finland Medical Society Duodecim Publications Ltd, 24.03.2002. p.1-3 [17 references]
8. *First,M.B., Frances,A., Pincus,H.A.* DSM-IV Priručnik za diferencijalnu dijagnostiku, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1997.
9. *Hrvatska consensus grupa za depresiju i anksiozne poremećaje,* Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite, Zagreb, 2003.
10. *Jašović-Gašić,M., Damjanović,A., Marić,N., Miljević,Č., Đurić,D.,* Antidepresivi, Beograd, 2006.
11. *Kaplan, H.I., Sadock, B.J.* Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
12. *Kessler RC,* The epidemiology of pure and comorbid generalised anxiety disorder. A review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatr Scand* 2001
13. *Kolk, B.A., Saporta,J.:*Biological Response to Psychic Trauma. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome* edited by John P. Wilson and Beverley Raphael. Plenum Press, New York, 1993.
14. *National Collaborating Centre for Mental Health.* Management of panic disorder and general anxiety disorder in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence, 2007.
15. *Nutt DJ.* Overview of diagnosis and drug treatment of anxiety disorders. *CNS Spectrum* 2005 (b);10:49-56.
16. *Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M.* A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in general anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25 :141-150.

17. *Mongomery, S.A.* Clinical Manual on SSRIs and Social Anxiety Disorder, Science Press, 2004.
18. *Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ.* Pharmacotherapy for social phobia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001206.
19. *Stoisavljević-Šatara S.*, urednik Registar lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije 2008. Banja Luka: Agencija za lijekove Republike Srpske, 2008.

KLINIČKI VODIČI ZA PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Klinički vodiči namijenjeni su prvenstveno specijalistima porodične medicine, ali i svim ljekarima-praktičarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ažuriranje kliničkih vodiča vrši se svake tri godine saglasno najnovijim saznanjima medicine zasnovane na dokazima, prema metodologiji opisanoj u „Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča“. Na nivou primarne zdravstvene zaštite, nadležno za ovu aktivnost je Udruženje ljekara porodične medicine Republike Srpske.

Drugo, revidirano izdanje kliničkih vodiča pripremila je konsultantska kuća "Bonex inženjering" d.o.o. Beograd, u okviru Projekta jačanja zdravstvenog sektora (HSEP) – projektni zadatak "Revizija i unapređenje kliničkih vodiča za primarnu zdravstvenu zaštitu", finansiranog iz kredita Svjetske banke².

Na izradi ovog izdanja vodiča radila je radna grupa³ u sastavu⁴:

dr Biljana Lakić, specijalista psihijatar, Nacionalni koordinator za mentalno zdravlje RS, Klinika za psihijatriju KC Banjaluka,

doc. dr Maja Račić, specijalista porodične medicine, Katedra porodične medicine, Medicinski fakultet Foča,

prof. dr Svjetlana Stoisavljević-Šatara, specijalista kliničke farmakologije, šef Katedre za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju, Medicinski fakultet u Banjaluci.

Koordinator radne grupe: **dr Dina Martinović**, Bonex inženjering, Beograd

² Mišljenja i interesi organizacije koja je finansirala razvoj i reviziju kliničkih vodiča nisu imali uticaja na konačne preporuke.

³ Članovi radne grupe izabrani su saglasno kriterijumima definisanim u "Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča" i ne postoji sukob interesa.

⁴ Imena autora su navedena abecednim redom.

Vodiči za praktičan rad ljekara razvijeni su 2004. godine unutar projekta «Osnovno zdravstvo».

Tim koji je radio na razvoju vodiča su činili:

doc. dr sc. med. Gordana Tešanović, specijalista pedijatar, zamjenik šefa Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci, direktor za medicinska pitanja Doma zdravlja u Banjaluci;

dr Rajna Tepić, specijalista porodične medicine, šef Edukacionog centra porodične medicine u Banjaluci;

prof. dr Ranko Škrbić, specijalista kliničke farmakologije, šef Katedre za farmakologiju Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

dr Đina Naunović, specijalista fizijatar, vođa tima.

Konsultanti:

mr. sci. med. dr Jagoda Balaban, specijalista dermatolog,

dr Snježana Gajić, specijalista pedijatar,

mr. sci. med. dr Zoran Mavija, specijalista interne medicine – hepato-gastroenterolog,

dr Miodrag Naunović, specijalista psihijatar,

prim. dr Zoja Raspopović, specijalista fizijatar – reumatolog,

mr. sci. med. dr Sanja Špirić, specijalista otorinolaringolog,

mr. sci. med. dr Duško Vulić, specijalista interne medicine – kardiolog,

mr. sci. med. dr Milan Žigić, specijalista urolog.

