**Uvod**

Reč "anksiozan" vodi poreklo od latinskog "anxious". Kod nas je preuzeta iz engleskog jezika, a doslovni prevod sa engleskog znači: biti zabrinut, biti uznemiren, uplašen.Strah ima korisne funkcije. Filogenetski- priprema jedinku da pobegne ili da se bori. Razlika izmedju adaptivne i patološke anksioznosti: adaptivna anksioznost mobiliše psihičke potencijale u cilju rešavanja problema a patološka anksioznost parališe jedinku- ne postoji strah u odnosu na neki definisani objekat-slobodno lebdeći strah. Anksioznost je uvek praćena fiziološkim manifestacijama: subjektivni doživljaj, ponašanje, telesna reakcija, kognitivna manifestacija - razmišljanje o opasnosti. Izražena je somatska komponenta-prenadražen simpatikus, pojačano lučenje adrenalina i noradrenalina. Dolazi do situacije bekstva ili borbe: izoštrava se vid kad postoji opasnost; dugotrajna akomodacija - nejasan vid, magla; redukcija lučenja pljuvačke koja se presumerava u krv; suva usta i teškoća u gutanju.

Disajni putevi postaju širi da bi se pluća bolje snabdevala kiseonikom, kod bolesnika je posledica da teško diše; gubitak daha-pluća rade intenzivno-nemamo kiseonika; ubrzan rad srca-tahikardija; dolazi do naglog oslobodjavanja glukogena, sećera iz jetre u krv; rad digestitivnih organa se inhibira; koža se znoji pojačano; krvni sudovi kože se skupljaju-kontrahuju, krv se usmerava u telo pa nastaje bledilo lica ; mišići se kontrahuju što dovodi do bolova i drhtavice mišića , nastaje gubitak kalcijuma i javlja s trnjenje prstiju, ruku, nogu; vrtoglavica i nesvestica.

1. **ŠTA SU TO ANKSIOZNI POREMEĆAJI?**

Osobe sa anksioznim poremećajima doživljavaju prekomernu zabrinutost i napetost koja dovodi do toga da oni ili izbegavaju situacije koje mogu dovesti do pojave simptoma, ili razvijaju prinudne rituale koji smanjuju anksioznost. Svako od nas oseća zabrinutost u pojedinim situacijama, ali osobe sa anksioznim poremećajima imaju preterana i nerealna osećanja koja utiču na njihove živote, odnose sa ljudima, postignuća u školi ili na poslu, društvene aktivnosti i rekreaciju.

Mnoge osobe, iz različitih razloga, ne leče svoju anksioznost; one mogu smatrati da su simptomi blagi, ili čak normalni, ili pak simptomi sami po sebi mogu uticati na to da se traži pomoć. Anksiozni poremećaji se efikasno leče.

* 1. **Simptomi anksioznih poremećaja:**

1. intenzivna i dugotrajna osećanja straha i nelagodnosti koja se pojavljuju nevezano za neku stvarnu pretnju ili opasnost
2. osećanja straha i nelagodnosti koja utiču na normalno svakodnevno funkcionisanje
   1. **KOLIKO SU ČESTI ANKSIOZNI POREMEĆAJI?**

Podaci iz jedne zapadne zemlje sa 25 miliona stanovnika govore da kombinovani anksiozni poremećaji zahvataju 12% građana: 9% muškaraca i 16% žena tokom jedne godine. Kao grupa, anksiozni poremećaji su najčešći od svih mentalnih poremaćaja.

1. **UZROCI ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

Po svemu sudeći, nastanak anksioznih poremaćaja je rezultat kompleksne interakcije genetskih, bioloških, razvojnih i drugih faktora kao što su npr. socioekonomski faktori i stres na radnom mestu. Predloženo je mnoštvo različitih teorija koje objašnjavaju kako navedeni faktori doprinose razvoju ovog poremaćaja. Prva teorija je iskustvena: ljudi mogu naučiti svoj strah nakon početnog neprijatnog iskustva kao što je ponižavajuća situacija, fizičko ili seksualno zlostavljanje, ili samo prisustvovanje nekom nasilnom činu. Slična iskustva koja slede služe da dodatno pojačaju strah.[[1]](#footnote-2)

Po drugoj teoriji, koja se odnosi na kogniciju ili mišljenje, ljudi veruju ili predviđaju da će ishod određene situacije biti po njih ponižavajući ili štetan. Ovo se može dogoditi, na primer, ako su roditelji preterano zaštitnički nastrojeni i ako neprestano upozoravaju na potencijalne probleme.

Treća teorija se usredsređuje na biološke osnove. Istraživanja sugerišu da amigdala, struktura koja se nalazi duboko unutar mozga, služi kao komunikacijska centrala koja signalizira prisustvo pretnje i okida odgovor u vidu straha ili zabrinutosti. Amigdala, takođe, skladišti emocionalna sećanja i može igrati ulogu u nastanku anksioznih poremaćaja. Deca osoba sa anksioznim poremćajima su pod znatno većim rizikom da razviju isti poremećaj nego opšta populacija, što može ukazati na genetski faktor, roditeljske uticaje ili i jedno i drugo.

1. **VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**
   1. **GENERALIZOVANI ANKZIOZNI POREMEĆAJ (F 41.1)**

Preterana zabrinutost zbog raličitih događaja ili aktivnosti, koja se javlja tokom više dana, ali ne duže od 6 meseci, uz pridružene simptome (zamor, oslabljena koncentracija).

Generalizovani anksiozni poremećaj (GAP) spada u skupinu anksioznih poremećaja. Često se javlja zajedno sa poremećajima raspoloženja, s drugim anksioznim poremećajima i poremećajima vezanim uz psihoaktivne stvari (APA, 1996).

Glavna obeležja ovog poremećaja su slobodno lebdeći i neodređeni strah, strahovanja, bojažljiva iščekivanja, teškoba, strepnja, unutrašnji nemir, psihomotorna napetost te hiperaktivnost autonomnog nervnog sistema. Oboleli doživljava neodređeni strah koji ga potpuno preplavljuje, a on ne zna ni razloge toga straha. Takav strah čini obolele bespomoćnima, nesigurnima, često i nesposobnima za socijalna, radna i druga funkcionisanja. Psihomotorna napetost očituje se osećajem unutrašnjeg pritiska, nemirom, tremorom, trzanjem, osećajem drhtavice, agitacijom, nemogućnošću da se bude na jednom mestu, brzim zamaranjem i bolovima u mišićima. Hiperaktivnost autonomnog nervnog sastava očituje se u simptomima površnog disanja, osećaju nedostatka vazduha, znojenju, povraćanju, prolivu, učestalom mokrenju, otežanom gutanju i suhim ustima te hladnim, lepljivim rukama. Takođe, najčešće se javljaju i otežano koncentrisanje, razdražljivost, distraktibilnost poremećaji spavanja, smetnje u komuniciranju s okolinom i depresivni simptomi. Eksperimenti su pokazali da je kod ovog poremećaja oštećena pažnja pa pacijent ima pojačanu pažnju za sve stimulanse koje predstavljaju opasnost.. perceptivni POP-AUT: dve kategorije majki- jedna grupa majki sa decom koja očekuju operaciju i druga grupa majki sa decom koja nisu imala intervenciju-puštali su im muziku i neutralne reči da ih asociraju na operaciju. Majke koje su čekale na operaciju su zapažale te neutralne reči i asocirale na operaciju.

Pacijenti sa ovim poremećajem ispoljavaju jak mišićni tonus, izražena je jaka hiperaktivnost autonomnog nervnog sistema, znojenje i opštu napetost koja traje sve vreme.

* + 1. **Lečenje**

Najprošireniji oblik terapije su anksiolitici, pre svega benzodiazepini, posebno u akutnoj fazi simptoma. Antidepresivi se mogu dati ako je generalizovani anksiozni poremećaj udružen s paničnim napadima, depresijom ili ako preti razvoj zavisnosti o benzodiazepinima (Jakovljević i sar., 1995). Uz farmakoterapiju treba uključiti i psihoterapiju.

Kako psihoanalitička teorija pretpostavlja da je GAP posledica potisnutih konflikata, oni obolelom nastoje pomoći tako da se suoči s pravim izvorom konflikata.[[2]](#footnote-3)

Bihevioralni terapeuti smatraju da se slobodno- plutajuća anksioznost može podeliti u jednu ili nekoliko fobija, pa se shodno tome može sprovesti sistematka desenzibilizacija (Davison i Neale, 2002). Opstija bihevioralna terapija uključuje intenzivno uvežbavanje metoda opuštanja s pretpostavkom da će se tako sniziti opsta napetost i nemir kod obolelih.

Kroz verbalno poučavanje, modeliranje ili operantno oblikovanje pokušava se smanjiti osećaj bespomoćnosti tako da se klijentu pomogne da stekne veštine koje mu omogućuju da dobije osećaj kompetentnosti kao i samopouzdanje.

Kognitivne terapije pokušavaju podstaknuti obolelog da ponovno procene i drugačije interpretiraju neke dvosmislene podražaje i situacije.

* 1. **Specifična fobija**

Naznačen i uporan strah od jasno prepoznatljivih objekata ili situacija (npr. letenje, visina, životinje).Osobe sa specifičnim fobijama pate od intenzivnog straha od specifičnih situacija ili objekata (zatvoren ili otvoren prostor, visina, pauci, psi, itd.). Izraženost straha je neadekvatna u odnosu na situaciju i osoba je prepoznaje kao iracionalnu. Specifične fobije mogu dovesti do izbegavanja uobičajenih, svakodnevnih situacija.

**Poremećaj socijalne anksioznosti (Socijalna fobija)**. Karakteriše se ekstremnom anksioznošću vezanom za procenu drugih ili ponašanje koje bi moglo dovesti do ismejavanja i osramoćivanja. Ovakva intenzivna anksioznost može voditi izbegavajućem ponašanju. Fizičke manifestacije povezane sa ovim poremećajem su lupanje srca, ubrzano disanje, crvenjenje i znojenje.

* 1. **POST-TRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)**

Uporno ponavljanje sećanja na proživljenu traumu (flešbekovi), uporne zastrašujuće misli, košmarni snovi, bes ili razdražljivost kao odgovor na zastrašujuće iskustvo tokom koga je postojala pretnja fizičkim povređivanjem ili je do njega i došlo (npr. silovanje, zlostavljanje dece, rat, elementarna nepogoda).

Jedan od velikih problema u današnjem svetu su upravo psihološki problemi i poremećaji koji se javljaju kao posledica traumatskih, stresnih događaja. Prirodne traume, zemljotresi, poplave, požari, i velike društvene traume kao što su ratovi i sve što rat nosi sa sobom, mogu da uzrokuju teško podnošljiv stres i poremećaj kod individue ali i porodice, pa čak i čitavog društva.

Postoje raznovrsne definicije traume danas. Najšira definicija traumatskog iskustva bi bila da je to bilo koje iskustvo koje prevazilazi granice uobičajenog iskustva i očekivanja.

Trauma se definiše i kao bilo koja po život opasna, emocionalno nesavladiva katastrofa koja prevazilazi uobičajene mehanizme prevladavanja, bez obzira da li se ta trauma odigrala u detinjstvu ili u odraslom dobu, bez obzira da li je trauma kratko trajala ili se dešavala tokom celog života.

Traumatsko iskustvo koje se vezuje za Post-traumatski stresni poremećaj (u daljem tekstu PTSP) treba da zadovolji sledeće kriterijume:

1.       osoba je doživela, prisustvovala ili bila suočena sa događajem koji je opasan po život ili fizički integritet osobe ili drugih.

2.       Reakcije osobe uključuju osećanja intenzivnog straha, bespomoćnosti i užasa.

Prvi kriterijum je vezan za karakteristike stresora, ali mnoga istraživanja su pokazala da postraumatski simptomi nisu direktno proporcijalni jačini stresora, i da su subjektivni faktori jako bitni u predikciji PTSP simptomatologije, te je i drugi kriterijum uveden.

Kod osoba koje boluju od PTSP-a, traumatsko iskustvo koje su doživeli se uporno ponavlja preko

1. Intruzivnih, mučnih sećanja na događaj koja se javljaju u vidu slika, misli ili percepcija
2. Zastrašujućih snova o događaju
3. Osećanja kao da se zastrašujući događaj ponovo dešava, koje se javlja u budnom ili intoksiciranom stanju i manifestuje preko iluzija, halucinacija ili flashback epizoda traumatičnog događaja.
4. Spoljašnjih ili unutrašnjih podsetnika na traumu koji dovode do reaktivacije osećanja ili ponašanja koja su vezana za traumatski događaj.

Osoba gubi interesovanja za sve aktivnosti koje je ranije volela da upražnjava, ulaže ogromne napore kako bi izbegla misli, osećanja ili ljude koji je podsećaju na traumu, vrlo često je nesposobna da se seti nekih važnih aspekata i delova traumatskog događaja, oseća se drugačije i otuđeno od drugih, bliskih osoba u svom životu ili čak ne oseća ljubav i privrženost prema nekada bliskim članovima svoje porodice. Osoba ima osećaj skraćene budućnosti, osećaj da neće imati porodicu, karijeru, uobičajen normalan život.

Jedan od čestih simptoma PTSP-a je i osećanje da je sama osoba ili svet oko nje nerealan (depersonalizacija / derealizacija). Depersonalizacija može da uključuje osećanja odvojenosti «duha» od tela, kada osoba ima osećaj kao da posmatra sebe i ono što joj se dešava sa distance; osećanja velikih telesnih promenena kao što je npr. osećaj da su telesni ekstremiteti veći nego što bi trebalo da budu, itd. Derealizacija, odnosno osećanje nerealnog vezano za objekte spolja, se često javlja paralelno sa depersonalizacijom.

* 1. Opsesivno- kompulzivni poremećaj **(F42.8)**

Opsesije (prisilne misli): uporne misli, ideje, porivi ili slike koje se nameću protiv volje. Neprikladne su i uzrokuju primetnu napetost ili nelagodnost. Osobe sa prisilnim mislima obično pokušavaju da takve misli ili prvo ignorišu ili potisnu, ili da im se suprotstave drugim mislima ili akcijama (kompulzije).

Kompulzije (prisilne radnje): ponavljajuća ponašanja (pranje ruku, sređivanje ili proveravanje) ili mentalne radnje (molitve, brojanje ili ponavljanje reči) koje se javljaju kao odgovor na prisilne misli ili se javljaju na ritualan način.

Opsesivno- kompulzivni poremećaj spada u grupu anksioznih poremećaja. Često se javlja sa velikim depresivnim poremećajem, drugim anksioznim poremećajima, poremećajima hranjenja i opsesivno- kompulzivnim poremećajem ličnosti (APA, 1996).

* + 1. **Obeležja poremećaja i klinička slika**

Opsesivno- kompulzivni poremećaj (OKP) obeležavaju prisilne misli i radnje koje oboleli doživljava kao strane ili nametnute, a koje osobu vremenski okupiraju ili izazivaju očite smetnje i značajna oštećenja.

Opsesije su perzistentne ideje, misli, poticaji, predodžbe koje se doživljavaju kao nametljive, neprimerene, neželjene i nepozvane te izazivaju anksioznost. Osobe su sposobne prepoznati te opsesije kao svoje misli, znaju da nisu nametnute izvana, ali se nad njima nema kontrola i zna se da to nisu misli koje bi osoba trebala ili želela imati (APA, 1996).

Akter i sar. (1975) (prema Davison i Neale, 2002) su pronašli pet najčešćih oblika opsesije:

1. *Opsesivne dvojbe* koje se pojavljuju kao ustrajne misli o tome da dovršeni posao nije dobro obavljen (npr. „Jesam li ugasio štednjak, jesam li to sigurno učinio?“, iako se oboleli tačno seća da je to učinio)

2. *Opsesivne misli* su beskonačni lanci misli, često usmereni na buduće događaje (npr. „Ako mi se rodi dečak, on bi mogao zbog karijere otići i napustiti me, no možda mi se poželi i vratiti, jer ću ja...“).

3. *Opsesivni impulsi* su snažni porivi za izvođenjem određenih postupaka, često protiv volje obolelog, koji mogu biti najobičnijie bezazlene „mušice“ (npr. piti iz jedne i samo jedne čaše), ali i nasilni i opasni postupci (npr. poriv da povrede dete, da psuju u crkvi).

4. Kod *opsesivnih strahova* oboleli se brinu da će izgubiti kontrolu i učiniti nešto društveno neprihvatljivo (npr. nastavnik se boji da će pred učenicima govoriti o svojim lošim polnim odnosima, iako o tome zapravo ne želi govoriti)

5. *Opsesivne halucinacije* predstavljaju trajne halucinacije nekog nedavno viđenog ili zamišljenog događaja koje progone obolelog (npr. osoba vidi kako joj povučena voda iz kotlića odnosi bebu u kanalizaciju svaki put kada uđe u kupaotilo).

Kompulzije predstavljaju ponavljane radnje, odnosno ponašanja ili pak mentalni čin (naziva se još i kognitivna kompulzija, npr. brojenje, tiho ponavljanje reči) koji se koriste u svrhu sprečavanja ili smanjenja anksioznosti ili nelagode, a ne u svrhu postizanja zadovoljstva (kao kod kockanja npr.) (APA, 1996). Osoba se oseća nateranom da izvrši neku radnju kako bi smanjila nelagodu, ublažila stres koji izazivaju opsesije ili sprečila neki opasni događaj ili situaciju, a čest je i strah od posledica prekidanja takvih radnji. Kompulzije su naglašeno preterane i često realno nepovezane s razlogom zbog kojeg se čine. U najčešće kompulzije ubrajaju se pranje, čišćenje, brojenje, proveravanje, pospremanje, odevanje, slaganje odeće i slično.[[3]](#footnote-4)

Akhter i sar. (1975) (prema Davison i Neale, 2002) su pronašli dva oblika kompulzija:

1. *Kompulzije proveravanja* su kompulzivni porivi koji obolelog prisiljavaju na delovanje (npr. neprestano proveravanje jesu li vrata zaključana, stalno proveravanje sadržaja džepa, iako oboleli zna da u njemu nema ničega).

2. *Kompulzije kontrole* omogućuju kontrolu nekog kompulzivnog poriva i uspešno odupiranje tom porivu (osobe koje osećaju nelagodu zbog neprimerenih, npr. incestuoznih, poriva kontroliraju svoju anksioznost izazvanu tim porivima tako što neprestano broje naglas do deset).

Oko 2/3 oboljelih od OKP pokazuje specifičan tip ličnosti, tzv. opsesivni karakter koji uključuje visok stupanj samokontrole, savesnost, preteranu pedantnost, perfekcionizam, rigidno ponašanje i slično (Jakovljević i sar., 1995)

Kada osobe sa OKP shvataju da su opsesije ili kompulzije preterane, nerazumne i nerealne, pokušavaju im se odupreti. Odupiranjem kompulziji, osećaj napetosti i anksioznosti se pojačava, a ponovno se može smanjiti jedino prepuštanjem kompulziji. Nakon mnogo takvih bezuspešnih pokušaja odupiranju opsesijama i kompulzijama, oboleli im se prepušta, uključuje ih u svoju svakodnevicu te više ni ne oseća potrebu za odupiranjem.

Popratna obeležja OKP-a uključuju izbjgavanja situacija koje uključuju sadržaj opsesija (kao npr. izbegavanje čekaonica, rukovanja s nepoznatim ljudima), mogu biti prisutni osećaji krivice, patološki osećaj odgovornosti, smetnje spavanja, preterano uzimanje alkohola, sedativa, anksiolitika, hipnotika, mogu se javiti dermatološki problemi zbog preteranog pranja ruku vodom ili dezinfekcijskim sredstvima. Osobe se često jedino usmeravaju na izvršavanje prisilnih radnji, bez obzira na ozbiljne posledice po bračni, profesionalni i socijalni život, znaju biti i samo prikovani uz kuću (APA, 1996).

* + 1. **Lečenje**

Anksiolitici često donose kratkotrajno olakšanje kod obolelih od OKP (Jakovljević i sar., 1995). Inhibitori monoaminooskidaze i triciklički antidepresivi mogu imati povoljne učinke u lečenju OKP (Davison i Neale, 2002).

Psihoanalitički postupci u lečenju OKP nisu se pokazali delotvornima (uklanjanje potiskivanja i omogućavanju bolesniku da se suoči s onim čega se zaista boji- da će određeni nagon biti zadovoljen).

Bihevioralni pristup kompulzivnim ritualima obuhvata izlaganje s prevencijom odgovora, i dosad je jedan od delotvornijih oblika psihoterapije. Takav postupak uključuje izlaganje osoba situacijama koje izazivaju kompulzivni čin (dodirivanje prljave posude), a potom se suzdržava od izvođenja uobičajenog rituala (pranje ruku). Sprečavanje izvođenja rituala će osobu izložiti podražajima koji izazivaju anksioznost, ali time će se omogućiti i gašenje te anksioznosti.

Bez obzira na vrstu terapije, oboleli se retko izleče. Oni mogu nakon terapija osetiti poboljšanje, jer, iako opsesivno- kompulzivne tendencije traju i dalje, oboleli ih mogu u boljem stupnju kontrolisati i manje ometaju odvijanje normalnog, svakodnevnog života.[[4]](#footnote-5)

* 1. **Panični poremećaj**

Prisustvo ponavljajućih, neočekivanih napada panike koji su praćeni (u trajanju od najmanje mesec dana) stalno prisutnom zabrinutošću oko mogućnosti dobijanja dodatnih napada, brigom zbog uticaja napada ili njegovih posledica, ili značajnom promenom ponašanja u vezi sa napadima.

Panični poremećaji su ponekad udruženi sa agorafobijom – zabrinutost zbog, ili izbegavanje, mesta i situacija sa kojih bi beg mogao da bude otežan ili ponižavajući, ili na kojima pomoć ne bi bila dostupna u slučaju paničnog napada ili simptoma sličnih panici.

Ključna odlika paničnog napada je jasno ograničen period intenzivnog straha ili nelagodnosti koji je praćen sa najmanje 4 od 13 fizičkih simptoma kao što su:

1. palpitacije, ubrzan srčani rad ili lupanje srca
2. znojenje
3. drhtanje ili tremor
4. osećaj otežanog disanja ili gušenja
5. bol ili nelagodnost u grudima
6. mučnina ili nelagodnost u stomaku
7. vrtoglavica, nestabilnost, zbunjenost, nesvestica
8. doživljaj da su objekti nestvarni (derealizacija)
9. doživljaj da je sopstveno Ja  udaljeno ili da “nije stvarno tu” (depersonalizacija)
10. strah od gubitka kontrole; strah da će se "poludeti"
11. strah od smrti
12. parestezije (osećaj obamrlosti ili peckanja)
13. topli ili hladni talasi po telu.
14. **UTICAJ I POSLEDICE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

Simptomi anksioznih poremećaja često se razvijaju tokom ranog odraslog perioda. Uprkos tome što većina ljudi ima blage smetnje ili ih nema uopšte, anksiozni poremećaji mogu ozbiljno ograničiti obrazovanje, posao, zabavu i društvene aktivnosti jedne osobe jer on/ona izbegava situacije koje mogu dovesti do pojave simptoma.

Osobe koje su ozbiljno ugrožene anksioznim poremećajima češće imaju i neki drugi tip poremećaja: depresiju, distimiju, zloupotrebljavaju alkohol ili psihoaktivne supstance ili imaju poremećaj ličnosti.

Upravo zato što su anksiozni poremećaji bliski onome što većina ljudi doživljava kao normalnu zabrinutost, oni koji od njih boluju mogu strahovati da će drugi ljudi okarakterisati njihovu prekomernu brigu i strah kao puku slabost. Kao posledica, oni mogu da ignorišu ozbiljnost sopstvenog stanja i nastojati da ga reše sami. Često izbegavaju da potraže pomoć i pate u tišini.

1. **LEČENJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

Rano prepoznavanje i adekvatan tretman su imperativi u cilju povećavanja kvaliteta života osoba sa anksioznim poremećajima. Adekvatno prepoznavanje i tretman takođe pomažu da se spreče česti sekundarni poremećaji kao što su depresija i zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci.

Odlaganje traženja i dobijanja dijagnoze i terapije može se pripisati mnoštvu faktora kao što su: stigma (sramota, ljaga), nedostatak ljudskih resursa, znanja ili finansijski razlozi. Uz sve to, može se dogoditi da lekari ne prepoznaju uvek obrazac u simptomima jedne osobe koji bi ih doveo do prave dijagnoze. Često se simptomi ne shvataju ozbiljno i osoba sa anksioznim poremećajem se etiketira kao "emocionalno nestabilna".

Skorašnji pregled anksioznih poremaćaja ukazuje da bi efikasno lečenje uključivalo terapiju lekovima (antidepresivima, anksioliticima) i kognitivno-bihejvioralnu terapiju koja pomaže ljudima da svoje misli o svemu onome što ih prekomerno brine preobraze u racionalnije ideje. Grupe podrške za pojedince i porodice, takođe mogu pomoći da se stvori oruđe za smanjivanje simptoma i izlaženje na kraj sa njima.

**Literatura**

1. Psihijatrija- predgovor dr. Slavka Morić-Petrović (Subotica, Birografika, 1987. )
2. Psihijatrija sa medicinskom psihologijom-Srboljub Stojiljković ( Beograd-Zagreb,Medicinska Knjiga, 1986.)
3. Psihijatrija-Dušan Kecmanović (Beograd-Zagreb, Medicinska Knjiga, 1980.)

Sadržaj

Uvod

1. ŠTA SU TO ANKSIOZNI POREMEĆAJI? .........................................................................................2

* 1. Simptomi anksioznih poremećaja ..........................................................................3
  2. KOLIKO SU ČESTI ANKSIOZNI POREMEĆAJI .......................................................3

1. VRSTE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ...................................................................................................3
   1. GENERALIZOVANI ANKZIOZNI POREMEĆAJ (F 41.1) .....................................3
2. UZROCI ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ..............................................................................................4
   * 1. Lečenje....................................................................................................................5
   1. Specifična fobija ................................................................................................................5
   2. POST-TRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP) ..........................................5
   3. Opsesivno- kompulzivni poremećaj (F42.8) ..........................................7
      1. Obeležja poremećaja i klinička slika..........................................................7
      2. Lečenje ..................................................................................................................9
   4. Panični poremećaj ........................................................................................................10
3. UTICAJ I POSLEDICE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ..............................................................11
4. LEČENJE ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ...........................................................................................11

[www.maturski.org](http://www.maturski.org/)

1. Psihijatrija-Dušan Kecmanović (Beograd-Zagreb, Medicinska Knjiga, 1980.) str.89. [↑](#footnote-ref-2)
2. Psihijatrija sa medicinskom psihologijom-Srboljub Stojiljković ( Beograd-Zagreb,Medicinska Knjiga, 1986.) str.65-70 [↑](#footnote-ref-3)
3. Psihijatrija- predgovor dr. Slavka Morić-Petrović (Subotica, Birografika, 1987. ) str. 105-107. [↑](#footnote-ref-4)
4. Davison, G. C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap [↑](#footnote-ref-5)