Utjecaj anksioznih i depresivnih poremećaja na društveni i vjerski život pojedinaca

Šokić, Svjetlana

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Catholic Faculty of Theology / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:393415

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Chatolic Faculty of Theology

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu

Poslijediplomski specijalistički studij Pastoralne teologije

Smjer: Pastoral kriznih situacija

Svjetlana Šokić, dipl.teolog

UTJECAJ ANKSIOZNIH I DEPRESIVNIH POREMEĆAJA NA DRUŠTVENI I VJERSKI ŽIVOT POJEDINACA

Specijalistički rad

Mentor: Doc. dr. sc. Suzana VULETIĆ

Đakovo, 2017.

Sadržaj

SADRŽAJ.....……2
SAŽETAK……...….4
SUMMARY……...…..…5

UVOD……6

1. PSIHIČKI POREMEĆAJI……8

1.1. Definicija ličnosti……...8
1.1.2. Psihički poremećaji i vrste psihičkih poremećaja……9
1.1.3. Poremećaji raspoloženja……..11
1.2. Glavne karakteristike i značajke anksioznih i depresivnih poremećaja……...13
1.2.1. Karakteristike anksioznih poremećaja……...14
1.2.2. Karakteristike depresivnih poremećaja……..15
1.3. Čimbenici koji mogu utjecati na nastanak ovih poremećaja……...17
1.4. Simptomi anksioznih i depresivnih poremećaja ……...17
1.4.1. Simptomi anksioznih poremećaja……...19
1.4.2. Simptomi depresivnih poremećaja……..22
1.4.3. Razlike između anksioznog i depresivnog poremećaja……...24
1.4.4. Miješani anksiozno – depresivni poremećaj……...26

2. PROBLEMI I POTEŠKOĆE S KOJIMA SE SUSREĆU OSOBE KOJE PATE OD DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ……...28

2.1. Razgovor s osobom koja je bolovala od depresije……..….28
2.2. Utjecaj anksioznih i depresivnih poremećaja na život pojedinaca…….…..…29
2.2.1.Utjecaj psihičkih poremećaja na društveni život pojedinca ……30
2.2.2.Utjecaj psihičkih poremećaja na vjerski život pojedinaca……...33

3. LIJEČENJE DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA……..…..34

3.1. Farmakoterapija ……..……....37
3.1.1. Farmakoterapija anksioznih poremećaja …….…....38
3.1.2. Farmakoterapija depresivnih poremećaja……..39
3.2. Razni psihoterapijski pristupi anksioznim i depresivnim poremećajima…….....40
3.2.1. Psihoterapijom protiv anksioznosti ……...41
3.2.2. Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije ……..…….42
3.2.3. Interpersonalna terapija kao oblik terapijskog pristupa……..…....43
3.3. Kognitivno - bihevioralna terapija ……..45
3.4. Gestalt terapija……..……49
3.5. Nemedikamentozno liječenje anksioznih i depresivnih poremećaja……..…..53

4. PASTORALNI RAD I DUHOVNI PRISTUP OSOBAMA KOJE PATE OD DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA…….…....56

4.1. Isus kao primjer dušobrižnika……56
4.2. Pastoralno djelovanje s osobama oboljelih od anksioznih i depresivnih poremećaja...58

4.2.1.Pastoralno savjetovanje…….……....58
4.2.2. Župna zajednica kao mjesto pastoralnog djelovanja…….……..59
4.2.3. Obiteljska savjetovališta……60
4.2.4. Centar za duhovnu pomoć – Hagioterapija…….……62
4.2.5. Pružanje podrške depresivnim i anksioznim osobama ……64
4.3. Utjecaj krjeposti vjere, nade i ljubavi u pastoralnom radu osoba s psihičkim poteškoćama
……..…..…….66

ZAKLJUČAK…….……..69

BIBLIOGRAFIJA…….....73

SAŽETAK

Vrlo užurban i stresan način života, kod čovjeka stvara određena raspoloženja poput tuge, razdražljivosti ili utučenosti s kojima se ne može uvijek nositi ili ih ne može kontrolirati. Ovakve promjene raspoloženja kod nekih osoba stvaraju smetnje, a kao reakcija i posljedica na takvo stanje najčešće se javlja depresija. Uz depresiju kod velikog broja ljudi javlja se i anksiozni poremećaj.

Depresija je emocionalno stanje obilježeno velikom tugom i zlim slutnjama, osjećajem bezvrijednosti ili povlačenjem od drugih ljudi.Ljudi u depresivnom stanju najčešće negativno doživljavaju sebe i svoje okruženje. Bezvoljnost pri aktivnostima koje ljudi obavljaju u životu, apatično ponašanje u drugim aktivnostima, premali i preveliki apetit, problemi sa spavanjem, lijenost ili suicidalno ponašanje su neki od simptoma koji mogu ukazivati na ove probleme.

Anksioznost ili tjeskoba je emocionalno stanje u kojem se ljudi osjećaju nelagodno, prestrašeno ili nemirno, zbog stvari koje ne mogu kontrolirati, predvidjeti ili zbog nečeg što im izgleda opasno i prijeteće.

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije depresija bi do 2020. godine mogla postati drugi svjetski zdravstveni problem, odmah iza kardiovaskularnih bolesti. Ono što je zadatak stručnjaka, timova i pojedinaca jest da više rade na pronalaženju novih i korisnih metoda i načina kako na vrijeme pomoći osobi da što prije postigne željeni napredak i postigne izlječenje. Iz tih je razloga skrb i briga za osobe sa psihičkim poremećajima i pomoć koja im se može pružiti: zadaća cijeloga društva, a posebice medicinske struke.

Depresivna raspoloženja i anksiozni poremećaji često puta imaju utjecaj i na vjerski život pojedinaca. Osobu zahvaćaju razmišljanja o besmislu života, teretu patnje koju teško može prihvatiti, a često puta dolazi i do krize vjere. Stoga bi i u pastoralu Crkve, važno mjesto trebao imati pastoral bolesnika sa psihičkim poteškoćama.

Ključne riječi: *depresija, anksioznost, simptomi, psihološke terapije, pastoralni plan*

SUMMARY

A very busy and stressful way of life creates certain moods in people like grief, irritability or dejection which cannot always be easy to deal with or control. These kind of mood changes create disturbances in some people and depression is the most common reaction and consequence to such condition. Besides depression, a great number of people also suffer from anxiety disorder.

Depression is an emotional state characterized by great sadness and evil ideas, the sense of worthlessness or social withdrawal. Depressed people often have negative perception of themselves and their surroundings. Passivity in daily activities and apathetic behaviors in other activities, lack of appetite, great appetite, sleeping problems, laziness, or suicidal behavior are some of the symptoms that may indicate these problems.

Anxiety or apprehension is an emotional state in which people feel uneasy, frightened or restless. People usually feel anxiety about things they cannot control, predict, or because of something that looks dangerous and threatening to them.

According to the estimations of The World Health Organization, depression could become the second world health problem by 2020, right after cardiovascular diseases. The task of the experts, teams and individuals is to work more and more on finding new and useful methods and ways to help a person achieve desired progress and get well as soon as possible. Due to these reasons, care for people with mental disorders and assistance that can be provided to them is the task of the whole society and in particular the medical profession.

Depression and anxiety disorders often also have impact on the religious life of individuals. The person thinks about the nonsense of life, the burden of suffering that can hardly be accepted, and often has crises of faith. Therefore, in the pastoral care of the Church, an important place should belong to pastoral patients with mental disabilities.

Key words: *depression, anxiety, symptoms, psychological therapy, pastoral plan*

UVOD

Odabir teme završnog specijalističkog rada, naslovljen: „*Utjecaj anksioznih i depresivnih poremećaja na društveni i vjerski život pojedinca",* polazi od glavnih problema suvremenog čovjeka koji sve više i sve češće zahvaćaju njegovo ponašanje i raspoloženja.Osjećaji nelagode, prestrašenosti ili nemira zbog stvari i događaja za koje anksiozna osoba misli da ih ne može kontrolirati ili previdjeti stvaraju zabrinutost i tjeskobu. A osjećaji tuge, neraspoloženja, žalosti ili bezvoljno raspoloženje prate osobu koja pati od depresivnih poremećaja.

Depresivna osoba će teško prihvatiti bilo koji zadatak, teško će se prisliti na rad, nema volje za druženjem, izlascima, jednostavno rečeno, stalno je neraspoložena i više se ne veseli životu. Dok je za anksioznu osobu prepoznatljivo to što će svaku novu situaciju analizirati, te neprestano tražiti postoji li kakva opasnost u stvarima, okolini ili ljudima oko sebe. Ovakve osobe se često vrte u krugu svojih strahova, djeluju zbunjeno, preplašeno ili nesigurno. Pod teretom tjeskobe često puta osoba ne može i nije u stanju realno razmišljati niti djelovati.

Depresija postaje najrasprostranjenije psihička bolest današnjice, a anksioznost stanje koje sve više zahvaća čovjeka, bez obzira na dob, spol ili obrazovanje. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je zaključila da danas u svijetu 3 do 5% stanovništva, odnosno 120 do 200 milijuna ljudi bar jednom u životu oboli od nekog oblika depresije i kojoj je potreban medicinski tretman, a prema statističkim podacima niza velikih psihijatrija u cijelome svijetu procjenjuje se da oko 20 milijuna ljudi oboli jednom ili više u životu od psihotične depresije a 100 milijuna od ne psihotične (neurotične) depresije prouzrokovane anksioznošću.

Prema podacima SZO-a prevalencija depresije u općoj populaciji je 1,9% za muškarce i 3,2% za žene. Govoreći o životnoj prevalenciji, podaci pokazuju kako svaka 5. žena i svaki 10. muškarac tijekom života može doživjeti barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu.

Problem depresije i anksioznih poremećaja su jedan od najvećih paradoksa društva i medicine. Stotine milijuna ljudi u svijetu, a stotine tisuća u Hrvatskoj[1], trpe od te bolesti, ali u najboljem slučaju jedna trećina potraži liječničku pomoć, a odgovarajući tretman dobije samo njih 10-20 posto. To je zadatak koji iziskuje crkveno-društveni angažman.

Iz tih smo se razloga odlučili naš rad strukturirati u četiri temeljne cjeline:

[1] Prema istraživanju, trenutno u Hrvatskoj boluje između 100.000 i 200.000 osoba. Nekoliko istraživanja ukazuje na lagani porast stopa depresije tijekom vremena, premda je nejasno jesu li više stope bolesti rezultat povećanja broja oboljelih ili jednostavno povećanje broja prijavljenih bolesnika. Prema podacima sa predavanja S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju*, Pastoral kriznih situacija, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2014.

U prvoj cjelini nastojat ćemo analizirati različite vrste poremećaja raspoloženja i psihičkih poremećaja. Osim većeg broja psihičkih poremećaja, koja su evidentirana kroz dugi niz godina istraživanja, zadržat ćemo se na onih pet koji će nam biti od koristi u ovom radu. Detaljnije upoznavanje određenih psihičkih poremećaja ćemo učiniti kroz iznošenje čimbenika nastanka poremećaja i simptoma prepoznatljivih za ove poremećaje.

U drugoj cjelini ćemo kroz uvid u život osoba koje su bolovale od anksioznog i depresivnog poremećaja, navesti i probleme s kojima su se morali suočiti te načini i vrste pomoći do kojih su došli kako bi se izliječili. Napraviti ćemo kratku analizu te nastojati otkriti razlike ili sličnosti ovih poremećaja. Kratkim osvrtom vidjet ćemo kakav mogu imati utjecaj na život pojedinca, koje je vezano uz društvo, ali i vjeru.

U trećoj cjelini nastojat ćemo ukazati na mogućnosti i načine liječenja navedenih psihičkih poremećaja. Farmakoterapija, koja se već duži niz godina koristi u svrhu liječenja, te razni terapijski pristupi kao što je korištenje kognitivno – bihevioralne terapije, geštaltterapije i interpersonalne terapije te nemedikamentoznog liječenja poremećaja.

U četvrtoj cjelini želimo promišljati o pastoralnom djelovanju i pristupu osobama koji pate od anksioznih i depresivnih poremećaja. Ovi poremećaji pogađaju osobu u punoj cjelini njezinog bića:njezinu dušu i tijelo.

Rješenje i načini kako se osobama može pomoći mogu se ostvarivati u okvirima župne zajednice, upućivanjem u duhovne centre ili traženjem podrške i pomoći u obiteljskim i bračnim savjetovalištima. Pomoću kreposti vjere, nade i ljubavi osobi se može pobuditi ponovni životni elan te ju usmjeriti k Bogu kad osjeća da joj je patnja i teret života postao pretežak. Zadaća pastira, ali i cijele župne zajednice je intenzivnije tražiti načine kako pojedinca, koji je zahvaćen ovim poremećajem, voditi do što potpunijeg iz/lječenja.

Kroz pružanje pastoralnog savjetovanja i podrške, želimo usmjeriti osobe koje pate od anksioznih i depresivnih poremećaja u iskustvo žive vjere uključivanjem u razne segmente društva.Pri tome je korisno osobu upućivati da kroz redoviti angažman u zajednici ostvaruje sebe u potpunosti, pozvati ju da teži prema duhovnom rastu i iz/lječenju.

Važna je zadaća svakoga od nas htjeti i znati prepoznati osobe s ovakvim poteškoćama u svojim sredinama te ih dobronamjerno upućivati na susrete u župnu zajednicu, centrima za duhovnu pomoć ili obiteljska savjetovališta.

1. PSIHIČKI POREMEĆAJI

Kao polazište u ovoj cjelini promatrat ćemo osobu kroz poimanje ličnosti. Poimanje ličnosti kao cjeline svakome je od nas uglavnom poznata. No, ako promatramo čovjeka s njegovim karakteristikama koji čine tu ličnost tada već imamo razlike.

Ovdje ćemo se zadržati na onim kategorijama koje se odnose ne toliko na promjene karaktera ličnosti, nego na promjene ponašanja i raspoloženja koji mogu utjecati na osobu i njezin život, ali i život bližnjih. Psihički poremećaji, kojih ima mnogo, vezani su uz djelovanje straha i strepnje koji utječu na ponašanje pojedinca.

U nastavku zadržat ćemo se na analizi onih poremećaja koji su nam potrebni za ovaj rad. Osim psihičkih poremećaja, postoje i raspoloženja koja mogu osobi ponekad toliko otežavati svakodnevne životne funkcije, poput manije ili depresije, da osoba mora potražiti pomoć liječnika ili psihoterapeuta.

1.1. Definicija ličnosti

Promatrajući čovjeka kao osobu,uočavamo posebnosti koje čine jednu ličnost. Od mnoštva definicija kojima su psiholozi nastojali objasniti poimanje ličnosti preuzela sam onu koja će približiti poimanje ličnosti bitno za ovu temu.

Ličnost je skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu.[2] Psiholog Petz, definira ličnost kao relativno stabilan oblik ponašanja, navika i tendencija, što ga je neka osoba razvila u toku života, na osnovi svog nasljeđa, a u reakcijama na nagrade i kazne koje je primila u tijeku života.[3]

Za ličnost su evidentne i psihičke osobine. To su one karakteristike koje nas opisuju kao takvima i istovremeno stvaraju razlike jedne od drugih. Za nekoga ćemo reći da je nedruštven ili sramežljiv za razliku od drugih koji su više društveni i komunikativniji. Kao što nas neke osobine pokazuju i usmjeravaju na različitost, tako nas i one druge osobine koje su nam slične s drugima povezuju. Tada ćemo reći kako neki ljudi u određenim situacijama reagiraju slično, kao na primjer oni koji su živahni i otvoreni, oni će slično reagirati u situacijama poput onih koji vole biti u centru pažnje i vole druge zabavljati.

[2] Usp. R. J. LARSEN, D. M. BUSS, *Psihologija ličnosti,* Naklada Slap, 2007., str. 4.

[3] Usp. B. PETZ, *Uvod u psihologiju, Psihologija za nepsihologe*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 306.

O psihičkim osobinama ovise i mnoge reakcije na životne situacije. Neki reagiraju spremno, prihvaćajući egzistencijalne pojave odvažno i optimistično, no isto tako ima i onih ličnosti koji u određenim situacijama reagiraju plašljivo/anksiozno, tugaljivo/depresivno.

Kad govorimo o karakteristikama ličnosti, promotrimo li tjelesne karakteristike možemo uočiti da ne možemo na svijetu naći dvoje ljudi koji bi u svojim karakteristikama bili potpuno slični i identični. Ličnost su one karakteristike čovjeka koje ga čine potpuno jedinstvenim i po kojima se on razlikuje od svih drugih ljudi na svijetu.

Nakon predstavljanja osobina ličnosti, prezentirat ćemo u sljedećem naslovu i dodatne karakteristike osobnosti koje mogu proizlaziti iz psiholsokške ne/stabilnosti stvarajući psihičke poremećaje.

1.1.1. Psihički poremećaji i vrste psihičkih poremećaja

„Stručnjaci klasificiraju poremećaje zdravlja na osnovi kompleksnog sustava poznatim pod imenom DSM IV (*Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*= Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4 revizija[4]). Sustav je zamišljen tako da se dopunjuje u skladu s novim otkrićima. DSM sustav klasificira poremećaje u nekoliko dimenzija i detaljno opisuje simptomatologiju. On koristi multiaksijalni ili multidimenzionalni sustav procjene, dakle, sustav koji koristi najviše osi ili dimenzija. Takav način klasificiranja daje širok raspon informacija o funkcioniranju pojedinca, a ne samo njegovu dijagnozu. Ipak, DSM sustav ne ulazi u specifikaciju uzroka pojedinih poremećaja“[5].

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, navodi više od 200 različitih poremećaja, a među najpoznatije navodi slijedeće:[6]

- *Anksiozni poremećaji*
- *Opsesivno – kompulzivni poremećaji*
- *Somatoformni poremećaji*
- *Psihoseksualni poremećaji*
- *Disocijacijski poremećaji*
- *Afektivni poremećaji*
- *Shizofreni poremećaji*
- *Poremećaji ličnosti*

[4] Prvo izdanje je bilo 1952. godine, a danas postoji IV. izdanje iz 1994. godine. Usp. S. A. RATHAUS, *Temelji psihologije,* Naklada Slap, Jasterbarsko, 2001., str. 517-520.

[5] S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011./2012., str. 44.

[6] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.

Mi ćemo se u ovom radu usredotočiti na anksiozne i depresivne poremećaje.

Anksioznost je sastavni dio života i povremeno svi imamo ovakve osjećaje. O bolesti se govori tek kada je anksioznost stalno prisutna kod osobe. Tada to postaje opći anksiozni poremećaj. Kada se javlja u nekim posebnim situacijama u kojima se uobičajeno drugi ljudi ne plaše (kao što su ulazak u dizalo ili vožnja tramvajem, odlazak od kuće,...) to je strah od određenih socijalnih situacija koje nazivamo *fobije*.

Fobija je izraženi trajni strah, uporan i nerealan od nekog specifičnog predmeta, aktivnosti ili situacije koja dovodi do snažne želje za izbjegavanjem onoga čega se osoba boji.[7] Kada se iznenada pojavljuju u obliku neugodnog napada izrazito jake anksioznosti, naziva se *panika*, odnosno *panični poremećaj* ili onda kada je općenito anksioznost tolika da pojedinca značajno ograničava u postizanju osobnih, profesionalnih ili nekih drugih ciljeva te mu tako smanjuje kvalitetu života.[8]

U nastavku ćemo moći pratiti kratka objašnjenja samo onih poremećaja koji će nam biti korisni i potrebni u ovom radu, bilo kao izvor ili poveznica tijekom analiziranja anksioznih i depresivnih poremećaja. Stoga, donosimo pet glavnih tipova anksioznosti, a to su:

1. *Generalizirani anksiozni poremećaj*[9]- Ovo je anksiozni poremećaj kojeg karakterizira kronična tjeskoba, pretjerana briga i napetost, čak i ako ne postoji neki poseban razlog za to. Ova stanja često prate fizički simptomi, kao što su umor, glavobolja, mišićna napetost i bol, teškoće s gutanjem, znoj, probadanje u predjelu srca i ostalo. Zbog neugodnosti u predjelu srca kod ovih bolesnika često se posumnja na mogući infarkt gdje se nakon pregleda ne uspijeva pronaći ništa što bi upućivalo na stvarni infarkt.

2. *Opsesivno-kompulzivni poremećaj*[10] - Ovaj poremećaj karakteriziraju ponavljajuće i neželjene misli, opsesije ili radnje u prinudnom strahu od ne/obavljanja prisilne radnje. Stalno ponavljanje nekih radnji (kao što je pranje ruku, provjeravanje je li štednjak isključen, ili jesu li vrata zatvorena) koje prisljavaju osobu da čini nadajući se da će opsesivne misli otići ili da će ih spriječiti. Osobe s ovim poremećajem osjećaju neželjene misli, slike ili poticaje da neprestano obavljaju neke radnje za koje nema racionalnog razloga da ih učestalo rade. Međutim, obavljanje ovih takozvanih 'rituala' daje samo trenutno olakšanje. Izbjegavanje njihova obavljanja samo će povećati tjeskobu.

[7] Usp. E. HOLLANDER, D. SIMEON, *Anksiozni poremećaji,* Naklada Slap, Zagreb,2006., str. 27.
[8] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje psihičkih poremećaja, u: *Medix* 7 (2007.) 7, str. 88.
[9] Usp. G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999., str.170.
[10] Usp. *Isto,* str.173-176.

3. *Panični poremećaj*[11]- Ljudi s ovim poremećajem osjećaju iznenadnu opasnost bez ikakvog racionalnog razloga. Osobe koje imaju ovaj poremećaj tipično izbjegavaju situacije u kojima bi panični napad mogao postati opasan ili izazvati im neugodnosti. Ovaj poremećaj karakteriziraju neočekivane i iznenadne epizode praćene simptomima kao što su bol u grudima, lupanje srce, gubitak daha, vrtoglavica, trnci i žarenje u tijelu. Osobu mogu vrlo snažno obuzeti osjećaji poput depersonalizacije i derealizacije, strah od gubitka kontrole ili gubitka razuma, čak i strah od umiranja. Panični napadi su učestali, jednom tjedno, ponekad i češće.

4. *Post traumatski stresni poremećaj (PTSP)*[12]- Ovo je oblik anksioznog poremećaja koji se pojavljuje nakon izlaganja nekom zastrašujućem događaju ili događajima u kojem je došlo do ozbiljnog tjelesnog ozljeđivanja ili je takva mogućnost samo postojala. Traumatični događaji koji mogu uzrokovati PTSP uključuju nesretne slučajeve, silovanje, napad od druge osobe, ratna iskustva. Osoba proživljava kompulzivne misli i sjećanja te se osjeća emocionalno praznom, naročito je prisutno emocionalno udaljavanje od drugih ljudi, naročito onih bliskih.

5. *Socijalna fobija*[13]- Ovaj poremećaj karakterizira tjeskoba vezana uz određene društvene situacije, koja može biti ograničena na jedan oblik situacije, kao što je nastup pred drugim ljudima. Ali problem može biti i ozbiljniji, i to je slučaj kada osoba osjeća simptome svaki put kada se nađe među ljudima. Lupanje srca, ubrzano disanje, znojenje, povraćanje, teškoće izražavanja neki su od simptoma koji obilježavaju ovaj poremećaj. Osoba je sklona izbjegavati javne nastupe ili određene socijalne situacije kod kojih osjeća nelagodu ili ih se boji.

Nakon što smo upoznali najučestalije vrste anskioznih psihičkih poremećaja, u nastavku ću se osvrnuti na stanja po kojima se manifestiraju tjeskobne promjene raspoloženja, a to mogu biti manija ili depresija.

1.1.2. Poremećaji raspoloženja

Poremećaj raspoloženja se dijagnosticira kada je tuga prejako izražena, traje dulje nego što se može očekivati s obzirom na uzročni događaj, ili nastaje bez razloga, izazivajući da normalno funkcioniranje osobe često puta bude ugroženo. U takvim slučajevima, izražena tuga se naziva *depresijom,* a izražena radost se naziva *manijom.*

[11] Usp. Usp. G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999., str. 167-169.

[12] Usp. E. HOLLANDER, D. SIMEON, *Anksiozni poremećaji*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 41-42.

[13] Usp. *Isto,* str. 31.

Depresivni poremećaji su obilježeni depresijom, a bipolarni poremećaji su obilježeni različitim kombinacijama depresije i manije.[14]

Poremećaji raspoloženja su promjene u području osjećaja i ponašanja koji se mogu razumjeti kao pretjerani odgovor u odnosu na emocije koje se svakodnevno susreću. Danas su prihvaćena znanstvena stajališta po kojima se poremećajima raspoloženja pristupaju na sveobuhvatan način. Prosječno 1/5 osoba pokazuje tendenciju „nestabilnog raspoloženja". Ta nestabilnost se pokazuje naizmjenično kroz depresivne faze, zatim faze uznemirenosti i razdražljivosti, sve do faza manije, odnosno euforije. Ta stanja praćena su različitim drugim simptomima, i svrstavaju se u područje „bipolarnog poremećaja raspoloženja" ili „bipolarnog spektra". Da bismo mogli bolje razumjeti nestabilnost i promjenjivost raspoloženja možemo zamisliti da se ono sastoji od tri elementa: raspoloženja, protoka i sadržaja misli i motoričkog ponašanja. Ako zamislimo navedena tri elementa usmjerena na niže, raspoloženje će biti depresivno, uz usporenost misli i slabu volju i energiju za pokrenuti se i tada kažemo da je to depresivno stanje. Ako zamislimo navedena tri elementa u smislu povišenosti dobit ćemo pretjerano raspoloženje uz bujanje ideja i motoričku pretjeranu aktivnost, odnosno, stanje raspoloženja koje se naziva *maničnim.*[15]

Kriteriji koji nam pomažu kako odrediti maničnu epizodu su da kod osobe mora prevladavati povišeno, razdražljivo raspoloženje koje traje najmanje tjedan dana. To su oni poremećaji koji uzrokuju znatno oštećenje radnog i socijalnog funkcioniranja. Tijekom razdoblja povišenog raspoloženja trebaju biti prisutna najmanje tri od sljedećih simptoma:

1. *povećano samopouzdanje ili grandiozne ideje;*
2. *smanjena potreba za spavanjem;*
3. *velika potreba za govorenjem;*
4. *misli su ubrzane, bijeg ideja;*
5. *pažnja je povećane vigilnosti;*
6. *poduzimanje rizičnih aktivnosti.*[16]

[14] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja (stranica konzultirana 5.10.2016.)

[15] ZNANSTVENI ODBOR TALIJANSKE UDRUGE ZA BORBU PROTIV DEPRESIJE - NEPROFITNA ORGANIZACIJA ZA UNAPREĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA, *Vodič za poremećaje raspoloženja*.https://www.google.hr/search?q=vodi%C4%8D+za+poreme%C4%87aje+raspolo%C5%BEenja&rlz=1C1GCEA_enHR749HR749&oq=vodi%C4%8D+za+poreme%C4%87aje+raspolo%C5%BEenja&aqs=chrome..69i57.15823j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (stranica konzultirana 13.4.2017.)

[16] http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html#27132 (stranica konzultirana 3.3.2017.)

Postoje različiti oblici maničnih stanja: hipomanija, manija bez psihotičnih simptoma i manija s psihotičnim simptomima.[17] Od blažih oblika maničnog sindroma, koji toliko ne utječu na socijalno funkcioniranje, preko izrazito povišenih razina raspoloženja gdje je radno i socijalno ponašanje ugroženo pa do samoprecjenjivanja koje vodi do učestalo prisutne razdražljivosti, agresije i progonstvenih sumanutih ideja.

Osim maničnih stanja, u kojima se uočava povišena razina „radosti“, postoji i drugo stanje, u kojem se izražava pretjerana tuga, a to zovemo depresija. Depresija je psihički poremećaj u kojem se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, stoga i pripada poremećajima raspoloženja. To je stanje znatne promjene raspoloženja pod čijim se utjecajem mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcioniranje osobe. Kognitivne teorije depresije navode da misli, zaključci, stavovi i tumačenja te način na koji oni podsjećaju na događaje, mogu povećati rizik za razvoj i povratak depresivne epizode.[18]

1.2. Glavne karakteristike anksioznih i depresivnih poremećaja

U životu svakog čovjeka može i treba postojati normalna anksioznost koja za pojedinca može imati motivacijsku funkciju, jer potiče ga na promišljanje, planiranje i oprez, te sprječava ponovna izlaganje neugodnim i bolnim situacijama.[19]

Strah je emocija koja se javlja kod bića koje je postalo svjesno da nekom radnjom može ugroziti svoj život. Kada nema prave opasnosti to je emocija koja nas sputava, koja sprječava biće da maksimalno iskoristi svoje sposobnosti. Međutim, psihološki se problem javlja kad strah postane neracionalan i opterečujući za pojedinca. Ako nesvjesni psihološki mehanizmi ne uspijevaju kanalizirati ustrašenost/anksioznost, osoba će iskazivati sliku opće generalizirane tjeskobe na najmanji povod ili će stanja tjeskobe doživljavati u obliku napada panike. [20]

[17] http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html#27132 (stranica konzultirana 3.3.2017.)

[18] V. LOVRETIĆ, A. MIHALJEVIĆ-PELEŠ, Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju, u: *Socijalna psihijatrija*, 41 (2013.), str.109.

[19] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: *Medix* 7 (2007) 7., str.88.

[20] Usp. S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011./2012., str. 46.

Za bolje razumijevanje anksioznih i depresivnih poremećaja važno je upoznati koje su to bitne karakteristike ovih poremećaja. S karakteristikama, simptomima i genezom poremećaja ćemo se susresti u narednim podnaslovima.

1.2.1. Karakteristike anksioznih poremećaja

Konflikti i opterećenja su postali dio svakodnevice koje svatko od nas rješava u skladu sa svojim sposobnostima i mogućnostima. Kad se osoba suoči s problemima za koje misli da ih vlastitim snagama i sposobnostima nije u stanju riješiti, tada se javljaju emocionalne reakcije poput straha i anksioznosti. Razlika straha i anksioznosti je u tome što strah ima svjesno percipiran objekt kojeg se plaši i koje se događa u sadašnjosti, a anksioznost je usmjerena na budućnost, o anticipaciji opasnosti.[21] Ove emocionalne reakcije najčešće se izražavaju kroz razdražljivost, uznemirenost, osjećaj napetosti, izljeve plača, nesanicu ili tugu.

„Djelovanje straha na čovjekov život:[22]

- *lak gubitak strpljenja*
- *poteškoće s koncentracijom*
- *očekivanje najgoreg mogućeg ishoda neke situacije*
- *poteškoće sa spavanjem*
- *depresivnost*
- *preokupiranost oko neke stvari, ili opsesivnost*

Anksioznost se podrazumijeva kao prirodna reakcija na opasnost, koja je automatska i urođena. To može biti reakcija na neki problem, stres, nelagodu ili opasnost, koja ne mora biti uvijek negativna.Ovakva anksioznost se iz takvih razloga naziva normalna i pod kontrolom je pojedinca.

Kada su neki od simptoma stalni i javljaju se u napadima panike ili u nekim drugim situacijama koje nisu tako opasne i u kojima se drugi ljudi obično ne boje tada se govori o anksioznom poremećaju ili patološkoj anksioznosti. Patološka anksioznost obilježena je strahom bez prisustva vanjskog ugrožavajućeg objekta, javlja se izvan opasne ili prijeteće situacije. Kod anksioznosti objekt je nepoznat, traje dugo nakon stresa ili opasnosti i

[21] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM – IV*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 189.

[22] S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011./2012., str. 47.

kroničnog je tijeka.[23] Patološka anksioznost je izvan kontrole pojedinca i ometa normalno funkcioniranje osobe. Anksioznost postaje neprilagođena kada je njezin intenzitet u velikom nerazmjeru s veličinom prijetnje ili ako se ona pojavljuje bez prisutnosti prijetnje, kada se čini da stvari ne daju povoda za pojavu anksioznosti.[24] Poremećaj je i onda kada osoba osjeća pretjeranu anksioznost na uobičajene situacije, kada se simptomi javljaju bez postojanja poznatih situacija opasnosti. Za poimanje anksioznosti najčešće se koriste nazivi kao što su tjeskoba, zabrinutost, panika, nervoza ili napetost.

Većina anksioznih poremećaja javlja se u komorbiditetu s drugim anksioznim i psihičkim poremećajima od kojih je najčešća depresija.

1.2.2. Karakteristike depresivnih poremećaja

„Depresija je poremećaj u raspoloženju čije su značajke različiti stupnjevi tuge, razočarenja, osamljenosti, beznađa, sumnje u samoga sebe i krivnje. Ovi osjećaji mogu biti vrlo intenzivni i mogu trajati duže vremensko razdoblje. Svakodnevne aktivnosti mogu postati otežane sve do ne/mogućnosti nositi se s njima“[25].

Može se manifestirati kroz veći broj simptoma. Od promjene raspoloženja, gubitka interesa, umora i slabljenja životne energije preko osjećaja bezvrijednosti i krivnje do teškoća u koncentraciji i donošenju odluka.[26] Dok se na tjelesnom planu uočavaju promjene kao što su poremećaji spavanja, apetita i psihomotoričke organizacije.

Depresija se obično očituje na četiri glavna načina[27]

1. *Promjene raspoloženja* - Glavno obilježje depresije jest loše raspoloženje. Osoba se može osjećati tužno, bespomoćno, beznadno ili plačljivo. Tijekom razdoblja depresije uobičajeno je da osoba osjeća sniženu razinu samopoštovanja i samopouzdanja. Osoba može osjećati dosadu i nezainteresiranost za sve oko sebe.

[23] M. POLJAK, D. BEGIĆ, Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata, u: *Socijalna psihijatrija* 44 (2016.) 4., str.311.

[24] M. MARTINAC, A. VRANIĆ, P. ZAREVSKI , Z. ZAREVSKI, *Psihologija za liječnike,* Naklada Slap, 2015., str. 153.

[25] S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011./2012., str. 55.

[26] A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, Zagreb, 2003., str. 20.

[27] I. ŽIVKOVIĆ, S. VULETIĆ, *Obilježja depresije kod terminalnih bolesnika*, (neobavljeni materijali).

2. *Kognitivne promjene* - Depresija može utjecati na pamćenje i proces mišljenja. Osoba može imati smetnje koncentracije čak i kod relativno bezazlene odluke. Rezultat svega je otežano djelovanje u svakodnevnom životu.

3. *Tjelesne promjene* - Depresija može na više načina utjecati na tjelesne funkcije. Primjerice, može uništiti ritam spavanja i prehrane. Depresivna se osoba može probuditi oko četiri ili pet ujutro i nemože više zaspati ili može imati pojačanu potrebu za spavanjem i provoditi previše sati u krevetu. Isto tako može imati pretjeran tek i dobivati na tjelesnoj težini ili izgubiti tek i tjelesnu težinu.

4. *Promjene ponašanja* - Na različite načine depresija može promijeniti ponašanje. Ako je osoba inače uredna velika je vjerojatnost da će početi zanemarivati svoj izgled. Postoji velika mogućnost da će se povlačiti od društva, tražiti samoću. Učestalije su svađe sa bliskim osobama.

Prema kriterijima *DSM-IV-TR* za veliku depresivnu epizodu potrebno je manifestirati pet ili više sljedećih simptoma tijekom kontinuiranoga dvotjednog razdoblja.[28] Simptomi depresivnog poremećaja su:

1. Depresivno raspoloženje, na koje upućuje subjektivnoizvješće (tj. osjećaj tuge ili praznine) ili zapažanje drugih(tj. tužan ili uplakan izgled);

2. Uočljivo smanjenje interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima (na što upućuje subjektivno izvješće ili zapažanja drugih);

3. Značajan gubitak težine bez poduzimanja dijete ili dobitak težine (tj. promjena u tjelesnoj težini više od 5% u mjesec dana), ili smanjenje ili povećanje apetita (u djece treba razmotriti neuspjeh u dobivanju očekivane težine);

4. Nesanica ili previše spavanja;

5. Psihomotorna ubrzanost ili usporenost (koje zapažajudrugi, a ne samo subjektivni osjećaji nemira ili usporenosti);

6. Umor ili gubitak energije;

7. Osjećaj bezvrijednosti ili jaka ili neodgovarajuća krivnja(koja može biti sumanuta), a ne samo samopredbacivanje ili krivnja zbog bolesti;

8. Smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije, ilineodlučnost (bilo iz subjektivnog izvješća ili zapažanja drugih);

9. Ponavljajuće misli o smrti (ne samo strah od umiranja), povratna suicidalna idealizacija bez specifičnog plana ili suicidalni pokušaj.

[28] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM – 5,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014., str. 160-161.

Za postavljanje opće, bazične, depresivne dijagnoze mora biti prisutan barem jedan od prva dva nabrojena simptoma, a to su simptomi depresivnog raspoloženja ili gubitka interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima.[29]

Nakon što smo upoznali karakteristike anksioznih i depresivnih poremećaja, potrebno je otkriti koji to osobni/genetski/društveni čimbenici mogu utjecati na razvoj ovih poremećaja.

1.3. Čimbenici koji mogu utjecati na nastanak ovih poremećaja

Na nastanak anksioznih ili depresivnih poremećaja mogu utjecati različiti faktori kao što su loša i negativna iskustva u djetinjstvu, stresne situacije, osobna osjetljivost ili načini suočavanja sa stresom. Ponekad i stresni događaji također mogu biti za osobu emocionalno značajni, poput prekida emocionalne veze, pritiska na poslu, financijskih problema, ozbiljne tjelesne bolesti, velikih promjena u životu kao što je selidba, promaknuće na poslu, rođenje djeteta ili vjenčanje.

Što se tiče nekih vanjskih stresnih situacija, one mogu doprinijeti pri pojavi poremećaja, ali same po sebi nisu dovoljne za nastanak poremećaja. Ovakve situacije možemo reći da mogu predstavljati rizik za nastanak poremećaja, ali ne i samo to. Ali ako uočimo djelovanje vanjskih stresora, možemo vidjeti kako nemaju isti utjecaj na sve osobe. Netko će biti u sličnoj situaciji, ali neće reagirati tako negativno na stresor kao netko drugi.

Uzroke depresije dijelimo na:[30]

Fizičke uzroke:

- pred-menstrualne i postnatalne hormonalne promjene
- neke vrste manične depresije su pokazale da imaju genetsku osnovu
- hormonalni nedostaci (kao što su poremećaji štitnjače)
- općenite bolesti kao što su bubrežne ili bolesti jetre
- nedostatak prirodnog svjetla tijekom zime kod osjetljivih ljudi
- alkoholizam
- ovisnost o drogama
- alergije na hranu i lijekove, kemijske elemente ili dodatke u hrani.

Mentalne uzroke:

[29] Usp. V. RUDAN, A. TOMAC, Depresija u djece i adolescenata, u: *Medicus* 18 (2009.) 2., str. 174.

[30] S. VULETIĆ, *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011./2012., str. 58.

- nesvjesni impulsi (psihologija Freuda i Junga)
- krivo naučeno suočavanje s poteškoćama
- naučena bespomoćnost (behavioristička psihologija)
- preopterećenost ili stres

Duhovne uzroke:
- stresne okolnosti koje najčešće izazivaju depresiju
- osjećaj očaja/ispraznosti života
- smrt bliske osobe
- gubitak nekoga ili nečeg važnog, npr. voljene osobe ili kućnog ljubimca
- samoća, odsustvo prijatelja ili ljubavi
- teška bolest (vlastita ili u obitelji)
- nezaposlenost ili besposlenost
- beskućništvo, deložacija
- pretrpljena katastrofa (npr. potres, požar)
- pretrpljeno nasilje (npr. silovanje, razbojništvo, otmica)
- izloženost mobbingu, podcjenjivanju, zastrašivanju, prijetnjama
- sudski proces, zatvor ili čekanje presude

Ostali depresogeni faktori:
- manjak dnevnog svjetla
- smanjeno kretanje
- nezdrava prehrana
- neki lijekovi, steroidi, alkohol, droge
- selidba, drastična promjena životnih okolnosti
- siromaštvo, teški uvjeti života

Za depresiju koju definiramo kao poremećaj raspoloženja karakteristično je utjecaj i djelovanje nekoliko važnih čimbenika. To su biološki, čimbenici ličnosti i čimbenici iz okoline.Uzročni čimbenici depresije mogu biti:

-*Biološki* - pretpostavljeni biološki čimbenici uključuju gensko nasljeđe (nasljednost za veliki depresivni poremećaj je 40% do 60%), ali izgleda da geni čine osobu sklonijom da na stresne situacije reagira depresivnim simptomima.[31]

-*Čimbenik ličnosti*- čimbenika ličnosti naglašava se negativni kognitivni stil kao mogući uzrok depresije i kao označitelj konstitucionalne osjetljivosti za depresiju. Osoba s negativnim kognitivnom stilom ima iskrivljeno viđenje sebe, svijeta i budućnosti.

[31] B. BIRMAHER, D. BRENT, Depression and dysthymia, u: DULCAN, M. K., *Dulcan's Textbook of Childand Adolescent Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC, 2010., str. 261.-278.

- *Čimbenici iz okoline*- neka štetna zbivanja u okolini kao što su zlostavljanje i zanemarivanje, stresni životni događaji (npr. značajni gubitci, razvod), obiteljska disfunkcija (izraziti konflikti, izlaganje nasilju, roditeljska zloupotreba sredstava ovisnosti i psihijatrijske bolesti).[32]

1.4. Simptomi anksioznih i depresivnih poremećaja

1.4.1.Simptomi anksioznih poremećaja

Kako bi se mogli odrediti i prepoznati simptomi potrebno je poznavati određene smjernice za procjenu kliničke značajnosti ovih poremećaja. Pojava simptoma treba predstavljati promjenu u odnosu na dotadašnje ponašanje. Važna je dužina trajanja simptoma i to da su se pojavljivali u određenom broju i intenzitetu. Ono što se uzima kao jedan od osnovnih kriterija je utjecaj simptoma na svakodnevno funkcioniranje.[33]

Kod ovih poremećaja određene situacije izazivaju različita stanja kojima je zajedničko da kod osobe stvaraju stanje neugode koje se očituje kao niz tjelesnih, psihičkih ili kognitivnih simptoma.

U kliničkoj primjeni u Hrvatskoj za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja koristi se međunarodna MKB 10 klasifikacija[34], koja ima i istraživačku verziju u kojoj se anksiozni poremećaji nalaze u poglavlju neurotskih, sa stresom povezanih i somatomorfnih poremećaja. Vrlo često se u našoj sredini koristi i DSM IV- 3[35] američka klasifikacija mentalnih poremećaja. Dijagnostičke smjernice u ovom radu predstavljaju integraciju navedenih klasifikacija, uključujući smjernice iznesene u priručniku za seminar iz liječenja i dijagnosticiranja anksioznih poremećaja.

Da bi se dijagnosticirao anksiozni poremećaj, potrebno je utvrditi sljedeće:[36]

---

[32] Usp. V. RUDAN, Depresija u djece i adolescenata, u: *Medicus* 18 (2009.) 2., str. 177.

[33] S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, N. MIMICA, Dijagnostika anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str.56.

[34] HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO MEĐUNARODNA KLASIFIKACIJA BOLESTI I SRODNIH ZDRAVSTVENIH PROBLEMA MKB -10, Medicinska naklada, ZAGREB, 2012.g. (kratica MKB-10 od *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10 revizija*

[35]AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM – IV,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.g., (kratica DSM – IV od *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*)

[36] Za usporedbu posluži se tablicom 1, kod S. ŠTRKALJ – IVEZIĆ, V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, N. MIMICA, Dijagnostika anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str. 57.

-Ima li osoba neke od navedenih simptoma anksioznosti i potrebno je utvrditi točan broj simptoma?

- Postoje li situacije u kojima se javljaju simptomi, javljaju li se povremeno bez obzira na situaciju ili su kontinuirano prisutni tijekom dulje vremena?

- Postoji li stresni događaj nakon kojeg su se javili simptomi?

- Jesu li povezani s nekom tjelesnom bolesti ili su posljedica nuspojava lijekova?

Za dijagnosticiranje poremećaja anksioznosti simptomi moraju biti primarni, a ne sekundarni, što bi značilo usklopu nekoga drugog psihičkog poremećaja, tjelesnih bolesti ili su posljedica uzimanja lijekova. Također je potrebno pitati osobu zloupotrebljava li psiho aktivnetvari; u slučaju korištenja tih tvari ne može se postaviti dijagnoz aanksioznog poremećaja, osim kada je anksiozni poremećaj postojao prije zloupotrebe. Potrebno je isključiti i neke druge izvore straha kao što su npr. kulturna vjerovanja.

Kako bi se odredila težina poremećaja, potrebno je procijeniti teškoće socijalnog i radnog funkcioniranja koje osoba ima zbog simptoma ovih poremećaja.

Anksiozni poremećaji se vrlo čestojavljaju u komorbiditetu[37], te je potrebno utvrditi postoji li istovremeno više poremećaja. Vrlo je čest komorbiditet paničnog poremećaja i generaliziranog anksioznog poremećaja uz depresiju.

Simptomi anksioznosti će se pojaviti uvijek kada postoji doživljaj opasnosti koji može biti objektivan i subjektivan. Bez obzira postoji li stvarna opasnost ili mi doživljavamo situaciju kao opasnom, čak i kad nismo svjesni opasnosti mi ćemo iskusiti simptome anksioznost. Ovi simptomi imaju smisla zato što pripremaju tijelo za reakciju na opasnost koja može biti borba ili bijeg. Ova reakcija proizvodi niz fizioloških reakcija u našem tijelu.

O anksioznosti kao poremećaju govorimo kada se simptomi anksioznosti javljaju bez postojanja nama poznatih situacija opasnosti ili kad postoji pretjerana anksioznost na uobičajene situacije kao što su npr. odlazak na ispit, razgovor za posao, društvo, izlazak iz kuće i sl. U onim situacijama kada nam opasnost nije poznata organizam reagira kao da je prijetnja stvarna. Prema tome, navodim sljedeće simptome anksioznih poremećaja:[38]

[37] Značenje riječi komorbiditet, definira se kao prisutnost dvaju ili više poremećaja bilo kojeg tipa kod jedne osobe. Vidi kod R. LARSEN, D. M. BUSS, *Psihologija ličnosti*, Naklada Slap, Jastrebarsko 2008., str. 19.

[38] S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC i N. MIMICA, Dijagnostika anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str. 57.

- *Simptomi podražaja vegetativnog sustava:*
  - *lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa*
  - *znojenje*
  - *tremor ili drhtanje tijela*
  - *suha usta*

- *Simptomi koji se odnose na grudni koš i abdomen:*
  - *teškoće pri disanju*
  - *osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja*
  - *bol ili nelagoda u grudnom košu*
  - *mučnina ili nelagoda u abdomenu*

- *Simptomi povezani s mentalnim stanjem:*
  - *osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti*
  - *osjećaj da objekti nisu stvarni ili distanciranost osobe od sebe same, derealizacija*
  - *strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati*
  - *strah od smrti*

- *Opći simptomi:*
  - *navala topline ili navala hladnoće*
  - *osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave*

- *Simptomi tenzije:*
  - *mišićna napetost i bolovi*
  - *fizički nemir i nemogućnost opuštanja*
  - *osjećaj napetosti, psihičke napetosti*
  - *doživljaj knedle u grlu ili teškoća gutanja*

- *Drugi nespecifični simptomi:*
  - *pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti*
  - *neugodno iznenađenje*
  - *teškoće koncentracije, poteškoće u mišljenju zbog briga i anksioznosti*
  - *stalno prisutna razdražljivost*
  - *teškoće pri spavanju zbog stalne zabrinutosti*

- *crvenjenje i drhtanje,*

- *strah od povraćanja,*

- *nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti mokrenja ili defekacije*

Anksiozni poremećaji se odlikuju različitim kombinacijama specifičnih simptoma, kao što su pretjerana anksioznost, strah, zabrinutost, izbjegavanje, kompulzivni ritual, povećana pobudljivost, a mogu biti udruženi s problemima funkcioniranja.

No, anksioznost je prisutna i u svakodnevnom životu. Anksioznost kao fiziološka i emocionalna reakcija na stvarnu ili predviđenu prijetnju ne smatra se poremećajem.[39]

Nakon što smo vidjeli opće simptome anksioznosti, sada ćemo pobliže nastojati navesti simptome depresivnih poremećaja.

1.4.2. Simptomi depresivnih poremećaja

Kod depresivne osobe su prepoznatljiva raspoloženja poput toga da je ona često potištena, razdražljiva ili tužna. Ali tuga ponekad bude manje vidljiva u odnosu na opći gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba ranije uživala, dok je ipak razdražljivost raspoloženje koje je u najvećem stupnju prisutno.

Promjene raspoloženja popraćene su turobnim pogledom nasvijet u kojemu se na budućnost gleda kao na tmurnu i neprivlačnu, a osoba sebe smatra nesposobnom i punom mana i nedostataka. Upravo zbog tog negativnog pogleda na svijet nerijetko se događada je kod oboljele osobe smanjena motivacija i upornost, a tipičnim za depresiju smatra se i pojava negativnog interpretiranja sebe i svijeta koji osobu okružuje.

Simptome koji su tipični za obilježja depresivnosti dijelimo na emocionalne, tjelesne, kognitivne te simptome ponašanja i socijalne prilagodbe.[40]

- Emocionalni i psihički simptomi depresivnosti: tužno i obeshrabreno raspoloženje; osjećaj ispraznosti; dosada; gubitak spontanosti; nagle promjene raspoloženja, ljutnja, srdžba, razdražljivost; izljevi bijesa; osjećaji krivnje...

---

[39] M. BAJS, Š. JANOVIĆ, S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str.75.

[40] Usporedi u tablici 1, klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata, kod autora: A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2003., str. 31.

- Tjelesni simptomi: smanjena učinkovitost, teškoće u obavljanju svakodnevnih uobičajenih aktivnosti; manjak energije i umor; promjene u tjelesnoj težini: apetit smanjen ili značajno povećan; pospanost; glavobolje i bolovi
- Kognitivni simptomi depresivnosti: negativna percepcija sebe, svijeta oko sebe i budućnosti; bespomoćnost; nisko samopoštovanje; gubitak interesa; teškoće u koncentraciji i donošenju odluka; samoubilačke ideje
- Ponašanje i socijalna prilagodba: teškoće u interakciji s drugima javljaju se kao jedno od bitnih obilježja u svim dobnim skupinama. Odrasle osobe to pokazuju kao neprijateljsko i kažnjivo socijalno ponašanje. Adolescenti uz to mogu biti pretjerano ovisni o drugima, a djeca imaju deficite u socijalnim vještinama i nezadovoljavajuće interakcije u obitelji i s vršnjacima.

Osim navedenih simptoma koji su prepoznatljivi za depresiju spominju se i dodatni, prateći simptomi. Ponašanje također prate unutarnje tegobe. Depresivna osoba je sklona pretjeranoj samokritici pa misle da će i druge osobe prema njima pokazati jednaku strogost i kritičnost. Depresija je poremećaj našeg „ja" kad smo u vlastitim očima neuspješni u odnosu na svoje ciljeve.[41] Osobe se često povlače u sebe, prestaju s uobičajenim aktivnostima jer u njima ne pronalaze užitak ili nemaju energije za njihovo izvršavanje te govore kako se osjećaju loše kada su okruženi ljudima.

Pojava depresije prisutna je u svim uzrastima. Kod djeteta, utječe na život cijele obitelji. O načinu prilagodbe obitelji i djeteta na novonastalo stanje i promjene, ovisi o nekoliko faktora; o obliku i naravi samog poremećaja, osobnosti djeteta, vremenu kada se bolest pojavila, osobitostima obiteljskog funkcioniranja i reakcijama šire obitelji i zajednice.[42]Simptomi koji se pojavljuju kod mladih osoba, a koji su netipični za njihovu dob mogu nas usmjeriti na pojavu depresivnog poremećaja. To su hipersomnija, povećanje apetita, osjetljivost na odbijanje i letargiju.[43]

Mlade osobe će vjerojatnije u razgovoru otkriti postojanje depresivnog raspoloženja i suicidalnih misli. Oni također pokazuju razdražljivost, probleme ponašanja i tuže se na dosadu. Čimbenici koji povećavaju rizik od manje povoljnog ishoda velikog depresivnog

[41] Usp. M. NAZOR, *Promicanje odgovornosti, pozitivnih društvenih vrijednosti, etičkih i moralnih principa u odgojno-obrazovnom procesu i medijima*, Zavod za javno zdravstvo, Virovitica, 2012, str. 66.-73.

[42] http://arhiva.superzena.net/zdravlje.php?yyyy=2013&mm=02&nav_id=685098 (stranica konzultirana 7.11.2016.)

[43] V. RUDAN, A. TOMAC, Depresija u djece i adolescenata, u: *Medicus* 18 (2009.) 2., str. 173-179.

poremećaja jesu: komorbidni poremećaji, izlaganje negativnim životnim događajima i obiteljska povijest povratnoga velikog depresivnog poremećaja.[44]

Depresivni poremećaj kod mladih često je povezan sa autodestruktivnim ponašanjem. Adolescenti sa depresivnom simptomatologijom su skloniji suicidalnom ponašanju i riziku od suicida.[45]

Diskriminacija ljudi za koje postoji mogućnost da su oboljeli od depresije čini ih manje sklonima traženju pomoći te se često događa da doktori i medicinsko osoblje ne prepoznaju simptome. Bez obzira na učestalost i ozbiljnost depresivnih poremećaja, nerijetko ih društvo, članovi obitelji, pa čak i oboljela osoba pogrešno shvaćaju objašnjavajući ih manjkom volje, slabostima karaktera ili smanjenoj sposobnosti samokontrole. Kada se svi ovi faktori uzmu u obzir, može se zaključiti kako depresija postaje sve veći javno-zdravstveni problem.

Nakon što smo iznijeli karakteristike i simptome koji su specifični za anksiozne i depresivne poremećaje potrebno je uočiti i razlike koje se mogu primjetiti kod navedenih poremećaja.

1.4.3. Razlike između anksioznog i depresivnog poremećaja

Kad se polazi od različitih teorijskih stajališta i empirijskih nalaza, mnogi stručnjaci se pitaju jesu li depresivnost i anksioznost dva odvojena poremećaja ili bi se moglo govoriti o različitim pojavnim oblicima istog poremećaja?

Ono što je zajedničko ovim poremećajima je kako ih prati niz negativnih misli koji se neprestano ponavljaju. Iako depresivne osobe pretežno razmišljaju o „crnoj“ prošlosti i osjećaju tugu, nije isključeno da predviđaju negativnu budućnost i da pritom osjećaju strah i obrnuto. Po svojoj strukturi ličnosti osobe koje pate od oba poremećaja su generalno manje otporne na stresne životne situacije i imaju slabe strategije kako ih nadići.

Promatramo li ove poremećaje odvojeno, mogu se uočiti simptomi koji nas upućuju na to kako razlikovati ove poremećaje. Kad se radi o poremećaju depresije, simptomi su[46]:

[44] V. RUDAN, A. TOMAC, Depresija u djece i adolescenata, u: *Medicus* 18 (2009.) 2., str. 176.

[45] Stručnjaci kažu da se prilikom liječenja destruktivnog ponašanja treba usmjeriti na njegove osnovne uzroke. Čak i kada deprimirane osobe pokušavaju potisnuti depresivne misli, često ne mogu doći do bolje alternative; kada jednom krene, depresivni val misli ima snažan magnetičan učinak na smjer asocijacija. Usp. K. URBANC, Emocionalno nasilje u obitelji adolescenta, u: *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada* 9 (2002.) 2., str. 271.-282.

[46] www.kako-je-najbolje-lijeciti-depresiju (stranica konzultirana 15.1.2017.)

- Samosažaljenje, osoba se osjeća se bezvoljnom, bezvrijednom, potištena je. Osoba je tužna i često plače. Tu se još javljaju problemi sa spavanjem i apetitom, a nerijetko se primjećuje i smanjen spolni nagon.

Za depresiju je prije svega karakteristično sniženo raspoloženje, kontinuirana tuga koja nema neki vidljivi vanjski okidač, gubitak energije i želje za različitim aktivnostima koje su ranije izazivale zadovoljstvo, prisutan je i pojačan umor. Depresivne misli su prije svega usmjerene na loše događaje iz prošlosti, osoba često okrivljuje sebe ili druge, ne postoji strah od budućnosti kao kod anksioznog poremećaja, jer je sve crno i beznadno – budućnost, prošlost, sadašnjost. Mogu se javiti i suicidalne misli.[47]

Za razliku od depresije, anksiozni poremećaj je karakteriziran pretjeranom tjeskobom i brigom oko svakodnevnih događaja kad nema razloga za brigu. Ljudi koji pate od tog poremećaja uvijek očekuju katastrofu i ne mogu prestati brinuti oko novca, obitelji, posla ili škole. Briga je nerealna i pretjerana te anksioznost s vremenom počinje ometati svakodnevni život.Osim gore navedenih, simptomi koji se kod ovih poremećaja javljaju uključuju i umor, osjećaj da je osoba "na rubu", iritabilnost, napetost mišića, glavobolje, znojenje, poteškoće s koncentracijom, mučninu, problem sa spavanjem ili drhtanje.

Kod anksioznog poremećaja, simptomi koji se javljaju, su[48]:

- Tjeskoba, razni strahovi, mogu se pojaviti fobije i opsesija. Često je osoba uzrujana, zabrinuta ili uznemirena, a nesanica je također jedan od učestalijih simptoma.

Rezimiramo li simptomatologiju ova dva poremećaja uočavamo da se razlikuju. Dominantna emocija kod anksioznih poremećaja je intenziviran i kontinuiran strah, a karakteristične anksiozne misli imaju opći oblik: „Što ako + negativan ishod" i sadrže predviđanja negativnih događaja u budućnosti. Osobe se često preispituju i imaju ovakvo razmišljanje - *„Što ako dobijem napad straha i ugušim se dok sam u prijevozu?"* ili:- *„Što ako uđem u lift i on se zaglavi?"*. U njihovim razmišljanjima neprestano postoji strah da će se dogoditi nešto negativno ili katastrofalno što će ugroziti život i zdravlje osobe. Kad je u pitanje ponašanje pojedinaca mogu se javljati izbjegavajuća ponašanja pri čemu osoba počinje izbjegavati određene životne situacije za koje procijeni da mogu biti ugrožavajuće po nju, pa će ona izbjegavati odlaske sama na javna mjesta..

[47] Usp. D. KOZARIĆ-KOVAČIĆ, T. JANDRIČKO, Suicidalnost i depresija, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str.77-78.

[48] http://dugan.hr/anksioznost-i-zabrinutost/ (stranica konzultirana 11.1.2017.)

Osim navedenih razlika ova dva poremećaja, prema najnovijim istraživanjima postoji i mogućnost povezivanja oba poremećaja u jedan, koji bi se zvao miješani anksiozno – depresivni poremećaj.

1.4.4.Miješani anksiozno – depresivni poremećaj

Često puta osobe koje pate od nekog anksioznog poremećaja znaju reći da se osjećaju „prazno“ ili „kao da nemaju osjećanja“ pa će neki to osjećanje opisati kao depresiju. Osjećaj praznine koji se s vremena na vrijeme može javiti kod anksioznih osoba, posljedica je kontinuiranog osjećanja intenzivnog straha koji može iscrpiti organizam pa se upravo zbog toga osoba osjeća „prazno“ ili „depresivno“. Ovaj osjećaj je ipak kvalitativno drugačiji od kontinuiranog sniženog raspoloženja koje ima depresivna osoba.

Prema teoriji diferencijalnih emocija Carroll Izard, anksioznost i depresivnost su kompleksne kombinacije emocija. Iako postoji značajno preklapanje među njima, razlikovanje je moguće s obzirom na dominantne emocije: u anksioznosti dominantna emocija je strah, dok je u depresiji to tuga ili žalost. Tako će anksiozna osoba svoja stanja anksioznosti opisivati u terminima straha, ali i emocijama od manje ili veće važnosti poput ljutnje, krivnje i stida. Depresivna osoba će govoriti o tuzi kao ključnoj emociji, ali također i o ljutnji, samopoštovanju ili strahu, kao dodatnim emocijama.[49]

Osobe koje pate od nekog anksioznog poremećaja često su u dvojbi imaju li i depresiju hoće li će anksiozni poremećaj „prijeći“ u depresiju? Anksiozni poremećaji i depresija pripadaju različitim dijagnostičkim kategorijama i svaki ima svoje potkategorije. Postoje osobe koje imaju samo neki od različitih tipova anksioznih poremećaja (npr. panični poremećaj sa ili bez agorafobije, generalizirani anksiozni poremećaj, fobiju, opsesivno kompulzivni poremećaj) i osobe koje imaju samo neki od različitih tipova depresija (npr. blaga, umjerena ili teška depresija). No, može se dogoditi se da osoba pati do oba poremećaja, odnosno, ima i anksiozni poremećaj i depresiju, tada je u ovakvim slučajevima važno da dijagnostičku diferencijaciju obavi stručno lice. Prema DSM-IV, nakon empirijskih istraživanja i kliničkih opservacija u skladu o komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti donosi poremećaj, koji naziva miješani anksiozno – depresivni poremećaj.[50] Navode se simptomi miješanog anksiozno-depresivnog poremećaja:

[49] Usp. A. VULIĆ-PRTORIĆ, I. MACUKA, Anksioznost i depresivnost-fenomenologija komorbidnosti, u: *Suvremena psihologija* 7 (2004.) 1., str.4-5.

[50] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM –IV,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 741-743.

- *Teškoće pri koncentraciji ili „praznina u glavi“*
- *Zabrinutost*
- *Očekivanje najgoreg*
- *Smetnje spavanja*
- *Umor ili nedostatak energije*
- *Razdražljivost*
- *Plačljivost*
- *Pretjerana uzbuđenost*
- *Beznađe*
- *Nisko samopoštovanje*

Nakon što se javlja mogućnost u kojem će se pojaviti i anksiozni i depresivni poremećaj istovremeno, te će tako nastati miješani anksiozno – depresivni poremećaj, ipak, mi ćemo se i dalje držati onoga po čemu se razlikuju ova dva poremećaja. Analizom anksioznog poremećaja primjetili smo simptome po kojima se prepoznaje, ali i po kojima se razlikuje od ostalih psihičkih poremećaja. Poremećaji raspoloženja imaju svoje karakteristike, ali i simptome koji nam mogu pomoći kako možemo kod nekoga prepoznati ili otkriti pati li osoba od depresivnog poremećaja ili nekog drugog. Nakon što smo upoznali koje su karakteristike ovih poremećaja, došli smo i do čimbenika koji su imali i koji mogu imati utjecaj na nastanak ovih poremećaja.

Nakon analize i objašnjenja anksioznih i depresivnih poremećaja, u nastavku ćemo se osvrnuti na to kakav utjecaj mogu imati anksiozni i depresivni poremećaji na život pojedinca.

2. PROBLEMI I POTEŠKOĆE S KOJIMA SE SUSREĆU OSOBE KOJE PATE OD DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Studije anksioznih poremećaja opisane su kao bolesti koje značajno kompromitiraju kvalitetu života i psihosocijalno funkcioniranje. Također, manji intenziteti anksioznosti mogu bitno utjecati na kvalitetu života pojedinca, ukoliko se on ne liječi.

Navedeni mentalno - psihički poremećaji mogu pogoditi svakog čovjeka, bez obzira na dob života, spol ili obrazovanje. Primijećeno je da se u svijetu s ovim poremećajima bori sve više ljudi, a u Hrvatskoj boluje oko 300.000 osoba. Ono što zabrinjava je podatak da sve više djece i tinejdžera pati od ove bolesti. Iako je broj oboljelih iz godine u godinu sve veći, još uvijek se ne daje dovoljno pozornosti u javnosti ovim poremećajima.

Kako bi nam bilo jasnije shvaćanje anksioznog ili depresivnog poremećaja u nastavku ću donijeti pregled onoga kako se poremećaj može odraziti na nečiji život, što sve osoba proživljava i s kakvim se poteškoćama susreće.

2.1. Razgovor s osobom koja je bolovala od depresije

Iz razgovora s osobom koja je patila od depresivnog poremećaja, saznajemo za probleme i poteškoće s kojima se susretala na osobnoj, društvenoj, ali i vjerničkoj razini. [51]

> *Gospođa, J.B., ima 63 godine, trenutno je u mirovini, kao domaćica živi sa višečlanom obitelji u Vukovaru. Za vrijeme Domovinskog rata, ona je, kao i mnogi sumještani bila zarobljena i odvedena u zatočeništvo. Dani i mjeseci provedeni u zatočeništvu ostavit će trag i posljedice u njezinom životu. Nakon što je puštena iz zatočeništva, budući da povratak u vlastite domove nije bio moguć sve do mirne reintegracije, ona je nastavila živjeti u progonstvu. Možemo pretpostaviti da je ovo bio još jedan od stresora, jer, vidjet ćemo da ovdje mnogi problemi dolaze do izražaja.*
>
> *Nakon povratka iz progonstva, ono što je za nju bilo neobično, postala je asocijalna, zatvara se u sebe, bila je nezainteresirana za događaje oko sebe, nije se uključivala u razgovore s bližnjima. Do tada je ona bila osoba vesele naravi, društvena, vlastitom suprugu i djeci, ona je bila oslonac i utjeha. Ali sada, sve se mijenja. Njezino ponašanje sve zbunjuje. Često puta se povlači u sebe, danima ne žali izaći iz spavaće sobe, ima neočekivane napade plača.*

[51] Upitnik za razgovor preuzet sa http://www.iep.hr/iz-knjiga-3/upitnik-koliko-ste-depresivni-134/, prema D. MILJKOVIĆ, M. RIJAVEC, *U potrazi za čarobnom svjetiljkom.* (stranica konzultirana 6.3.2017.); http://opusteno.rs/testovi-f60/test-beckov-indikator-depresije-t26520.html (stranica konzultirana 6.3.2017.)

Od depresivnih simptoma koji su se javljali kod ove osobe su sljedeći:[52] *- intenzivna tuga i napadaji plača, samosažaljenje, bezvoljnost, želja za smrću i planiranje samoubojstva... Takve faze rapoloženja su trajale sve dok nije pokušala učiniti suicid uzevši preveliku dozu tableta. Nakon toga je hospitalizirana i utvrđeno je da ima depresivni poremećaj. Započinje farmakološku terapiju antidepresivima, koja se nije pokazala u potpunosti uspješna, jer se kod nje depresivni poremećaj „primirio", ali ona je i dalje imala suicidalne misli.*

U tome svemu, zahvaljujući suprugu koji je neprestano tražio načine da joj pomogne i nije ju napustio, ona će se postepeno izliječiti. On odlazi na susrete molitvene zajednice u župi, gdje iznosi slučaj svoje supruge, te nakon određenog vremena, uspio ju je nagovoriti, te i ona počinje dolaziti. Iako je i sama prije rata i zatočeništva, bila tradicionalni vjernik, redovito išla u crkvu, nakon zatočeništva, njezina vjera dolazi u krizu.

Neprestano je predbacivala Bogu: - *Zašto se morao dogoditi taj nesretni rat?* - *Zašto je toliko nevinih poginulo?* Ljutila se na sve oko sebe, nije imala volje početi ispočetka[53]. No, postepeno, nakon što je krenula na susrete, uz svakodnevnu molitvu i čitanje Božje Riječi, ona ponovno otkriva smisao svog života.

Ono što se dalje navodi kao uspjeh je da je nakon faramakološkog liječenja, koje u ovom slučaju nije baš bilo uspješno, osobi pomogao način života u kojem se okrenula Bogu i vjeri. Svakodnevni vjernički život koji je bio ispunjen angažmanom u župnoj zajednici te intenzivan molitveni život su osobi pomogle da ponovno vjeruje sebi i drugima, da iznova otkriva smisao i vrijednost života.

Iz ovog slučaja moglo se primjetiti da depresija, kao poremećaj raspoloženja može imati utjecaja na život jedne osobe, ali i njezinih ukućana. Kao što je važno na vrijeme otkriti depresivni poremećaj, tako isto, bitnu ulogu ima uloga okoline, koji će osobu nastojati razumijeti i pomoći joj kako da dođe do iz/lječenja.

2.2. Utjecaj anksioznih i depresivnih poremećaja na život pojedinaca

U ovom djelu nastojat ćemo otkriti koje su poveznice ili posljedice anksioznih ili depresivnih poremećaja u životu pojedinca, promatranog kroz aspekt vjernika, ali i kao društvenog bića.

U nastavku ćemo vidjeti kakav utjecaj mogu imati anksiozni i depresivni poremećaji kad je u pitanju društveni život pojedinca.

[52] Usp. A.VULIĆ PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, 2003., str. 30-31.
[53] N. VRANJEŠ, Depresija – izazov z avjerničku praksu, u: *Riječki teološki časopis* 20 (2012.) 1., str. 107.

2.2.1.Utjecaj psihičkih poremećaja na društveni život pojedinca

Pod utjecajem depreivnih i anksioznih poremećaja, osoba se najviše povlači u sebe[54] – osoba misli da je nitko ne voli, da je nitko ne treba. Smatra da nije dovoljno dobro za nečije društvo, bori se sa osjećajima osamljenosti i osjećaja nepripadanja, a takve osobe znaju često reći da su potpuno sami na svijetu.

Takve osobe često razvijaju i razdražljivost[55] – manifestirajući ju kroz nagle i česte promjene raspoloženja. Osoba bez objašnjenja reagira eksplozivno na neke događaje koje je prije ovog stanja staloženo prihvaćala.

Depresivno ponašanje neposredno i snažno utječe na međuljudske odnose. Depresija preobražava međuljudsku komunikaciju na temelju jezičnog izražavanja, ali veća promjena se događa u govoru tijela. Komunikacija ljudima predstavlja dio onoga što ljudi kažu riječima, a to poprate govorom tijela, kao što mogu biti: držanje tijela, gestikulacija, mimika ili kontakti pogledima. Iako nam je to nesvjesno, navikli smo na to da ljudi komuniciraju govorom tijela. Ako odgovori na naš govor tijela izostanu ili nastupaju sa zakašnjenjem, prirodno je da djelujemo razdražljivo. A razdražljivost je jedna od karakteristika specifična za depresivne osobe.

Socijalno anksiozni poremećaj je poremećaj koji kod nekoga može početi još u adolescenciji i ostaviti značajan negativni trag na društveni život, radnu aktivnost i kvalitetu budućeg života.[56] Socijalna fobija kao vrsta anksioznog poremećaja je najjači oblik tjeskobe i straha u društvenim situacijama. Prema istraživanjima ovo je poremećaj od kojeg pati veliki broj ljudi. Općenito govoreći osobe koje pate od ovog poremećaja osjećaju veliko nezadovoljstvo kvalitetom njihova života. One postaju oštećene na širokom spektru vlastitog života, a svakodnevno funkcioniranje i djelovanje im postaje vrlo komplicirano. Drugim riječima, kod socijalne fobije, strah od drugih ljudi toliko je izražen da osobi onemogućava da sudjeluje u aktivnostima koje su sastavni dio života.

Smatra se da je u osnovi socijalne fobije strah od toga da će nas drugi ljudi negativno procijeniti i vrednovati. Takva osoba zadržava prekomjernu stidljivost i strah da će ljudi biti previše kritični prema njoj.

---

[54] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja (stranica konzultirana 5.10.2016.)

[55] http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html#27132 (stranica konzultirana 3.3.2017.)

[56] P. FILAKOVIĆ, N. MANDIĆ, *Socijalni anksiozni poremećaj,* KB Osijek, 2003.

Kako bi izbjegli snažnu tjeskobu zbog mogućnosti da se nađu u centru nečije pažnje oni će tada izbjegavati širok raspon djelatnosti koje treba izvoditi u prisustvu drugih ljudi poput sudjelovanju na javnim nastupima, korištenju javnih zahoda, ručanju pred drugima.[57]

Kad osoba sebi dopusti toliko da joj strah počinjeo određivati način života ona postaje nesigurna, uplašena inesretna jer takvi je strahovi dovode do kronične obeshrabrenosti, socijalne izolacije i problema u komunikaciji. Nadalje,osoba odluči iizbjegava svaku onu situaciju u kojoj smatra da bi se mogla osramotiti na bilo koji način.

Socijalno anksiozni ljudi u raznim društvenim situacijama imaju puno iskrivljenih misli i vjerovanja o sebi. Boje se da će se osramotiti tako što će reći nešto besmisleno ili neprimjereno, da će ispasti nespretni ili nesposobni. Misle kako moraju impresionirati ljude da bi ih oni voljeli i cijenili, nastoje biti savršeni, a opet istovremeno misle kako ih nemaju čime oduševiti, kako nemaju ništa pametno ili zanimljivo za reći. Ne vjeruju da bi ljudi mogli voljeti i cijeniti njihovo stvarno *ja*, pa se ne ponašaju prirodno nego se nastoje ponašati onako kako misle da drugi ljudi očekuju od njih.[58]U težim slučajevima to dovodi do osamljenosti, pomanjkanja partnera, preranom prekidu školovanja, obavljanju posla ispod svojih mogućnosti, odbijanje unapređenja i napuštanje dobrih radnih mjesta, pa čak prihvaćanje i nezaposlenosti.

Uz depresiju i anksioznost na društveni život pojedinca osim socijalnih fobija mogu imati i ostali poremećaji. Na primjer, osoba koja ima panični poremećaj sa agorafobijom, ona se boji biti sama, posebno ako mora ići negdje izvan kuće jer postoji mogućnost da će joj se dogoditi panični napad koji ona tumači kao opasan po život i zdravlje. Ova osoba smanjuje broj životnih situacija u kojima neometano može sudjelovati, sve se više počinje izolirati i u socijalnom smislu, a njen život se sadržajno osiromašuje. Promatrajući posljedice koje u ovom poremećaju nastaju su da osoba može razviti osjećaj tuge i razočarenja jer se ne uspijeva suprotstaviti svom strahu, a takvo negativno iskustvo i izolacija je mogu uvesti u depresiju.

Neliječeni anksiozni poremećaji mogu dovesti do depresije koja se javlja kao sekundarni problem. Prema tome, važno je na vrijeme riješiti se primarnog problema odnosno anksioznosti kako ne bi došlo i do depresije.

[57] E. HOLLANDER, S. DAPHNE, *Anksiozni poremećaji*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 30
[58] P. FILAKOVIĆ, N. MANDIĆ, *Socijalni anksiozni poremećaj,* KB Osijek, 2003., str. 8-9.

Ako osoba nastavlja izbjegavati društvene situacije u kojima im je neugodno ona sama sebi smanjuje kvalitetu društvenog i poslovnog života i onemogućava ostvarenje osobnih potencijala i ciljeva.Takav stav osoba mora mijenjati, jer anksioznost se može kontrolirati pa ne treba dozvoliti da se zbog anksioznosti izgubi kontrola nad ponašanjem. Osoba se može oduprijeti tome da čini nešto nekontrolirano i treba znati da uvijek ona odlučuje što učiniti.

Najproblematičniji vid ankisoznosti i depresivnosti, očituje se u povećanoj stopi suicida. Samoubojstvo je osoba spremna učini kad osjeti golemi pritisak životnih poteškoća koje u tim trenucima proživljava, to može biti zbog teških neizlječivih bolesti ili gubitka posla, zbog ljubavnih problema, zbog osramoćenosti ili određenih psihičkih smetnji. Osoba je duboko uvjerena da budućnost nema izgleda, da se stvari ne mogu više popraviti niti izmijeniti.

Majveći broj suicida, čak 90 % njih su počinile osobe s mentalnim poremećajima, od toga 60-70% su učinile osobe koje boluju od afektivnih bolesti, kao što su veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj i shizoafektivni poremećaj. Uočeno je da je kod bolesnika s depresijom doživotni rizik od suicida tek oko 15 %, ali za nas je i to značajno.[59]

Iako neke studije nisu pronašle povezanost između određenih dijagnostičkih skupina i suicida, većina istraživanja upućuje na toda je pojava suicida najčešća kod sekundarne depresije. Depresija je vodeći rizični čimbenik suicidalnosti kod žena. U Finskoj follow-back studiji o suicidu kod velikog depresivnog poremećaja napominju da je zastupljeno više muškaraca od očekivanoga, iako je veliki depresivni poremećaj češći kod žena, ali, više uspješnih pokušaja suicida bilo je kod muškaraca.[60] Što se tiče mogućnosti pokušaja suicida kod depresivnih osoba postoji velika vjerojatnost za taj postupak, a rizik je povećan kod osoba muškog spola, češće kod onih sa statusom samca. Dodatni rizični čimbenik koji je povezan s rizikom za suicid je i prisutnost graničnog poremećaja ličnosti.[61]

Kad je u pitanju psihodinamika samoubojstva, treba razlikovati je li riječ o svjesnoj, promišljenoj i slobodno donesenoj odluci s jasnim ciljevima koji se žele postići[62] ili se radi o nejasnim, velikim dijelom podsvjesnim motivacijama koje kao razne prisile utječu na osobu koja je psihički opterećena.

[59] Usp. D. KOZARIĆ-KOVAČIĆ, T. JANDRIČKO, Suicidalnost i depresija, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 77.

[60] Usp. *Isto*, str.79.

[61] AMERIČKA PSIHIJATRIJSK UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, DSM –V, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014., str. 167.

[62] I. STANIĆ, *Samoubojstvo mladih – velika zagonetka*, Medicinska naklada, Zagreb, 1999., str. 15.

Kod mnogih osoba koje dožive neki traumatski događaj tijekom posjeta liječniku obiteljske medicine moguće je otkriti somatske uzroke gdje se vidi povezanost s depresijom ili anksioznim poremećajem. Anksiozni poremećaj sam po sebi kod osobe može utjecati i uzrokovati suicidalno ponašanje i tendencije. Kombinacija depresije kao komorbiditeta s anksioznim poremećajem u većoj mjeri povećava rizik od suicida, jer anksiozni poremećaj kod osobe postaje izraženiji kada se javljaju poremećaji raspoloženja.[63] Možemo razlikovati višestruke anksiozno-depresivne motive za suicidalni čin koji su ujedno pokazatelji suicidalnosti:

- *Želja za postizanjem smirenosti*
- *Poziv upomoć upućen drugim ljudima, najčešće bližnjima*
- *Beznađe*
- *Uvrijeđenost*
- *Oslobađanje od osjećaja krivnje*
- *Autoagresivnost*
- *Prisilno psihotičan poticaj*[64]

Koliko i hoće li osoba uspjeti u svojoj zamisli ovisi o težini slučaja ili problema, te jačini motivacije. Iako se uz razvoj suicidalnosti povezuju sve veći broj psihičkihporemećaja, još uvijek se najviše spominje uloga depresije kao jedna od vodećih.

Kao što smo proučili kakav utjecaj može imati poremećaj depresije i anksioznosti na društveni život, nastojat ćemo uočiti kakav može biti utjecaj ovih poremećaja i na vjerski život pojedinaca.

2.2.2. Utjecaj psihičkih poremećaja na vjerski život pojedinaca

U posljednje je vrijeme osobito narastao interes psihologije za odnos religioznosti i duševnog zdravlja. Danas se uočavaju pomaci u istraživanjima povezanosti između čovjekove tjelesne, psihičke i duhovne razine. Sve više stručnjaka za ovu problematiku uočava da postoje uzročno posljedične veze između ovih dimenzija čovjekovog bića.[65]

Njemački antropolog, A. Jores kaže da se na psihofizičkom području pojavljuje specifično ljudska bolest kada čovjek ne može ispuniti zahtjeve svoje savjesti te doći do smisla. To je prvenstveno duhovna bolest koja se onda može somatizirati. On iznosi podatak

[63] Đ. LJUBIČIĆ, Anksioznost i suicid, u: Đ. LJUBIČIĆ i suradnici, *Suicid i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, str.71,

[64] M. HAUTZINGER, *Depresija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002., str. 104.

[65] Usp. S. VULETIĆ, *„Psihopatološki" tipovi nezrele i moralno skrupulozne religioznosti,* (Scripta, ad usum privatum), Katolički bogolsovni fakultet, Đakovo, 2012./2013., str. 87.

da gotovo 70% somatskih bolesti ima uzrok u duši, te ih naziva specifično ljudskim bolestima.[66]

Utjecaj depresije je takav da ona utječe na sve dimenzije života. Ostavlja svoje posljedice na različite elemente modela razumijevanja depresivnog poremećaja: na moralnoj, psihološkoj, duhovnoj, tjelesnoj i socijalnoj dimenziji života.[67]

Ono što nas ovdje zanima je utjecaj ovih poremećaja na duhovni život i vjerski život pojedinca, jer u pogledu vjerničkog življenja i vjerske prakse pod utjecajem ovih poremećaja dolazi do neuravnoteženosti. Osoba ne vidi svrhu niti smisao življenja, odustaje od traženja nade u svakodnevnim danima, nego se jednostavno prepušta ovim negativnim emocijama koji odvlače svu životnu energiju.

Proučavajući odrednice ovakvih stanja dolazi se do više poveznica depresije i duhovnosti koje se tiču vrlo važnih dimenzija vjerskog života.

Depresija utječe na jednu od najvažnijih dimenzija ljudskog postojanja, a to je dimenzija smisla života. Ne smije se pritom zaboraviti da utjecaj suvremenih životnih stavova je takav da se vjeru nastoji izgurati iz čovjekovog života, a to znači da se sve više daje prostora i otvara mjesto za razvoj ovakvih ili sličnih raspoloženja.

Povezanost depresije i duhovnog života može biti višestruka. S jedne strane, autentičan duhovni život pomaže nadvladavanju i liječenju depresija, a s druge strane neke patološke pojave u duhovnosti mogu pospješiti određene vidove oboljenja.

Iz perspektive kršćanske duhovnosti važno je uočiti pravilne odrednice duhovnog života koje predstavljaju vrlo pozitivan element u životu oboljelih osoba. Urs von Balthasar i Karl Rahner tvrde da su pojave somatske bolesti materijalne slike onoga što se događa u duhu. Bolest je vanjsko pomanjkanje i izraz za nutarnji manjak bitka. To pomanjkanje nastupa na području transcendentalija kao manjak jedinstva, istine, dobrote i ljepote. Tako se pomanjkanje istine može pojaviti najprije na somatskoj, a onda i psihičkoj razini. Duhovna terapija bi se sastojala u procesu približavanja istinitom. U dijalogu s Bogom i ljudima, kažu ovi teolozi, nalazi se istina. Približavajući se njoj i dobroti bolesnik izlazi iz nutarnje razdijeljenosti.

[66] Usp. A. JORES, *Čovjek i njegova bolest*, Oko tri ujutro, Zagreb, 1998.

[67] Usp. M. JAKOVLJEVIĆ, Duhovnost u prevenciji i liječenju depresije, u: M. JURČIĆ, M. NIKIĆ, H. VUKUŠIĆ, *Vjera i zdravlje*. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija, Zaklada biskup Josip Lang, Zagreb, 2005., str. 79.

Oni također kažu da je čovjekov duh izravno usmjeren na Boga. Usmjeri li se on protiv Boga, nastaje protuprirodno usmjerenje, koje se očituje kao unutarnji nesklad, kao nered i dezorijentiranost koji se može somatizirati. Lijek je u ispravljanju tog nereda. Zato će obraćenje i molitva dovesti često do čudesnog ozdravljenja, što zapravo nije čudo nego otklanjanje uzroka somatskih simptoma na duhovnom području. Duh tada ispravno informira materiju tijela sa staničnom strukturom i promijeni ju. Ti teolozi također kažu da je samo prirodoznanstvena interpretacija bolesti nedovoljna, jer se zadržava na površinskoj razini simptoma i ne vidi da iza njih stoje dublji uzroci. Ni psihološka razina nije posljednja interpretacijska instanca, jer je samo međurazina. Tek ontološko promatranje je sveobuhvatno i pokazuje pravu dijagnozu i smjer terapije. [68]

Utjecaj depresije na duhovni život može biti i takav da može osobu dovesti do prave krize vjere.[69] Najčešće su u takvim situacijama na snazi emocije krivnje i osjećaj odbačenosti od Boga. U sklopu takvih shvaćanja Boga dolazi do problema narušenosti duhovnog života koja se očituje u pojavama osjećaja nesigurnosti, nevjerice, sumnji i osjećaja beznadnosti.[70]S time mogu biti povezane i iskrivljene slike Boga kao strogog suca ili policajca koji pazi na prekršaje i kažnjava. Osobe su ovakvu sliku Boga najčešće usvojile još u djetinjstvu, a to se moglo dogoditi kod onih osoba koji su imali stroge roditelje, posebno oca. Isus na ovakav krivi odnos ima odgovor, gdje objavljuje Boga kao dobrog i milosrdnog Oca koji rado prašta i s ljubavlju prima svog izgubljenog i rasipnog sina.

Za depresivnu osobuje tipičan osjećaj manje vrijednosti, ona se najčešće osjeća odbačeno, ne zna se voljeti dovoljno, nije zadovoljna sobom niti može cijeni sebe. Takve su osobe sklone često sebe kažnjavati, do te mjere da će neki pokušati izvršiti samoubojstvo. Kod takvih osoba se primjećuje veliki pad vjere i sumnja u Božju ljubav. Zaboravljaju da Bog svakome od nas, tako i njima, poručuje po riječima proroka Izaije: *"Može li žena zaboraviti svoje dojenče, ne imati sućuti za čedo utrobe svoje?..Pa kad bi koja i zaboravila, tebe ja zaboraviti neću. Gle, u dlanove sam te svoje urezao..*"(Iz 49,15-16a)

Depresivna osoba je najčešće usmjerena samo na sebe, u svojim razmišljanjima vidi samo tamu života i teret. Takve osobe uopće ne žele gledati u budućnost niti tražiti svjetlo u tunelu.

---

[68] Usp. S. VULETIĆ, *„Psihopatološki" tipovi nezrele i moralno skrupulozne religioznosti,* (Scripta, ad usum privatum), Katolički bogolsovni fakultet, Đakovo, 2012./2013., str. 88.

[69] Usp. S. PFEIFER, *Bodriti slabe. Dušobrižništvo i suvremena psihijatrija*, Steppress, Zagreb, 1996., str. 122.

[70] Usp. M. JAKOVLJEVIĆ, Duhovnost u prevenciji i liječenju depresije, u: M. JURČIĆ, M. NIKIĆ, H. VUKUŠIĆ, *Vjera i zdravlje*. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija, Zaklada biskup Josip Lang, Zagreb, 2005., str. 78-79.

One su previše koncentrirane na sebe i svoju patnju, oni ne vide smisao patnje i boli, neprestano postavljaju pitanje*: „Zašto baš ja moram toliko patiti? I Bog me je zaboravio…"*

Jedini pravi odgovor koji može dati smisao patnji je u otajstvu križa, koji otkriva koji je smisao tame, ali i depresije. Bog je po križu Kristovu spasio i otkupio svijet. Vjera poziva čovjeka da izađe iz sebe i učine nešto lijepo i dobro drugima koji su u nevolji. Prihvaćena i osmišljena patnja lakše se podnosi, gledano iz kršćanske perspektive, kada se u vjeri ujedini s Kristovom patnjom, ona postaje spasonosna za svijet. Kroz životna iskustva osoba može doživljavati nazočnost Boga koji nas ljubi i prihvaća takve kakvi jesmo.

Naime, pored nabrojenih uzročnika ovih bolesti potrebno je upozoriti i na neriješene teške životne situacije i neriješena traumatska iskustva koja predstavljaju izvor trajnog osjećaja velikog straha, očaja i bezizlaznosti. Iskreni vjerski stavovi ovom pogledu nemaju ulogu zamjeniti psihijatra, ali svakako predstavljaju vrlo pozitivan izvor uvida, motivacija i snage koji može pomoći čovjeku koji se nađe u naizgled bezizlaznim situacijama.

Autentičan vjerski život podržava i štiti stav neporeciva dostojanstva i vrijednosti osobe, njezina života i poziva, te doprinosa društvu. Iskren duhovni život, koji je utemeljen u razumijevanju čovjeka kao slike Božje predstavlja sigurnost i zaštitu u odnosu na depresivne manifestacije, koje kod takvih ljudi ne mogu naći uporište.[71]

U ovoj smo cjelini promatrali da tijekom života postoje različite situacije i događaji koji čovjeka mogu obilježiti ili odrediti kojim će tokom ići njegov život. Dok je čovjek zdrav, okružen članovima obitelji i prijatelja, koji ga cijene i vole, ako je dobro situiran i zaposlen, on ima sve razloge za sretan i normalan život. No, onog trenutka kada ga pogodi neka tragedija, kao što je smrt dragih i bliskih osoba, rastava braka, bolest ili čak i nezaposlenost, to na pojedinca može ostaviti i ostavlja trag kroz jedan period života, a na neke i cijeli život. Stres, koji je danas sve češći razlog raznih bolesti i poremećaja sve se više uvlači u sfere čovjekova života.

Nakon što smo se detaljnije upoznali s određenim vrstama anksioznih poremećaja te depresijom, kao poremećajem raspoloženja u nastavku ćemo se nastojati upoznati s metodama i načinima liječenja koji se preporučaju za ove poremećaje. Kao što se razne bolesti mogu liječiti terapijom koja može uključivati farmakoterapiju, psihoterapiju ili kombinaciju navedenih oblika terapije, tako se isto mogu liječiti i psihički poremećaji.

[71] N. VRANJEŠ, Depresija – izazov za vjerničku praksu pastoralne mogućnosti i perspektive, u: *Riječki teološki časopis* 20 (2012.) 1., str.108-109.

3. LIJEČENJE ANKSIOZNIH I DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Kod većine ljudi koji boluju od anksioznosti, primjerenom se terapijom mogu kontrolirati simptomi i time olakšati svakodnevno funkcioniranje ljudima s tim poremećajem. Psihoterapija je važan aspekt u liječenju depresije. Posebno je važan zajednički farmakoterapijski i psihoterapijski pristup koji je uvećem broju kliničkih istraživanja pokazao svoju učinkovitost. Psihoterapijski pristup može se ravnopravno nositi s farmakološkim metodama liječenja jer u krajnjem ishodu nema značajnijih terapijskih razlika.

Liječenju svakog pojedinca oboljelog od anksioznih ili depresivnih poremećaja treba pristupiti individualno te je potrebno napraviti specifični plan liječenja. Plan liječenja može uključivati medikamentozno liječenje, određenu psihoterapiju ili druge nemedikamentozne metode, ali i kombinaciju navedenih metoda.[72]

3.1. Farmakoterapija

Indikatori kvalitete života koriste se u medicini radi procjene utjecaja raznih bolesti na funkcioniranje osoba koje pate od anksioznih poremećaja te za usporedbu uspješnosti oporavka različitih metoda liječenja. Procjena kvalitete života kod pacijenata oboljelih od anksioznih poremećaja pruža nam informacije o prirodi poteškoća s kojima se osobe susreću te kakva nam se mogućnost otvara za razvitak kvalitetnih metoda liječenja.

Ciljevi liječenja ovih poremećaja su kako izbjeći, smanjiti ili kontrolirati neželjene poremećaje, te kako prihvatiti i normalno živjeti uz anksioznost u svakodnevnom životu?

Jedan od najvećih problema u liječenju poremećaja raspoloženja jest pravilan izbor. Iako se na tržištu nalaze vrlo dobri lijekovi za sve oblike i kombinacije poremećaja raspoloženja, postoji opravdana sumnja da ih liječnici ponekad pogrešno propisuju te da potom ne prate razvoj pacijentova zdravstvenog stanja. Pacijent kojem je preporučen pogrešan lijek u pravilu vjeruje liječničkoj procjeni i misli da do poboljšanja ne dolazi zato što treba proći još neko vrijeme, ili odustaje od uzimanja bilo kakvih lijekova s učinkom na živčani sustav.

[72] S. ŠTRKALJ, I. VEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: *Medix 7 (*2007.) 71., str. 88.

3.1.1. Farmakoterapija anksioznih poremećaja

U liječenju anksioznih poremećaja najbolje rezultate daje kombinirani tretman koji se temelji na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT) i farmakoterapiji.

Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Bihevioralne tehnike imaju za cilj promjenu ponašanja.[73]

Kod anksioznih poremećaja dolazi do promjene neurokemijskih supstanci umozgu. Poremećaj ovih supstanci može se popraviti uzimanjem lijekova, posebnom skupinom antidepresiva koji utječu na nivo serotonina, a koji su također uspješni i u liječenju depresije.

Lijekovi koji mogu brzo pomoći u slučaju poremećaja anksioznosti su i anksiolitici. Ovi lijekovi djeluju brže na organizam, nego neki drugi, ali se ne preporuča dugotrajnije uzimanje, jer djeluju slično kao lijekovi protiv bolova, brzo i učinkovito, ali ne na duži period. Korisno je savjetovati se sa liječnikom o težini poremećaja i o korištenju određene vrste lijekova da bi se svladale poteškoće uvjetovane ovim poremećajem.[74]

U liječenju anksioznih poremećaja osnovni cilj je da se postigne blokada paničnih napadaja. Navesti ću one vrste lijekova koji se preporučuju u liječenju. To su:

1) selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina[75] – za ove lijekove se preporuča početi vrlo niskim dozama i povisivati. Reakcija je vidljiva već od niske do umjerene doze. Od lijekova to su: sertralin i paroksiten, te fluvaksamin, fluoksetin i citalopram.

2) triciklički antidepresivi - kod ovih lijekova je utvrđena učinkovitost kao lijekova druge linije kada ne uspiju ili se ne podnose lijekove iz prve skupine (SIPPS). Od lijekova to su: imipramin, klomipramin, dezipramin i nortriptilin.

3) inhibitori monoaminooksidaze–preporuča se upotreba ovih lijekova kad bolesnik slabo reagira ili loše podnosi druge antidepresive. Specifični su: fenelzin i tranilcipromin.

---

[73] M. POLJAK, D. BEZIĆ, Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata, u: *Socijalna psihijatrija* 44 (2016.), str. 310

[74] Usp. S. ŠTRKALJ, I. VEZIĆ, A. VUKOVIĆ, *Priručnik za pacijente – program za samopomoć kod anksioznih poremećaja.* http://www.udruga svitanje.hr/images/stories/PDF/program_samopomoci_kod_anksioznih_poremecaja.pdf (stranica konzultirana 27.3.2017.)

[75] Đ. LJUBIČIĆ, Anksioznost i suicid, u: Đ. LJUBIČIĆ i suradnici, *Suicid i duhovnost,* Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, 2010., str. 74-75.

4) snažni benzodiazepini –kada bolesnik slabo reagira ili slabo podnosi antidepresive, a to se javlja kod izrazito iščekujuće anksioznosti ili fobičnog izbjegavanja. Od lijekova su: klonazepam i alprazolam.

5) drugi antidepresivi, kao što suvenlafaksin i nefazodon čine se učinkovitima, iako nisu dovoljno istraženi.[76]

Anksioznost se može liječiti i sredstvima za smirenje i antidepresivima dok se depresija može liječiti samo antidepresivima. U liječenju anksioznog poremećaja bitno je da osoba shvati da joj lijek može spriječiti anksiozne napadaje, ali neće umanjiti i razinu ometajućeg iščekivanja anksioznosti. Kod nekih osoba koji pate od anksioznih poremećaja pokazuje se početna preosjetljivost na antidepresive te se oni žale na razdražljivost, osjećaj ubrzanog rada srca i nesanicu. Iako je ova preosjetljivost prolazna mnogi pojedinci zbog toga i odlučuju prekinuti liječenje. Zbog ovakvih poteškoća dobro je savjetovati im da uzimaju niže doze antidepresiva nego depresivni pacijenti.

Farmakoterapija nije u opreci s bihevioralnim ili psihodinamskim liječenjem anksioznih poremećaja. Unatoč zabludi prema kojoj je godinama vladalo mišljenje da upotreba lijekova ometa uspješnu psihoterapiju. Prema novijim istraživanjima da su neurotransmiteri glavni uzrok različitim oblicima našeg normalnog, ali i poremećenog ponašanja. Budući da su to kemijski spojevi, na njih se, jedino uspješno i može djelovati kemijskim putem, odnosno, lijekovima.[77]Ako ide u kombinaciji s psihoterapijom, upotreba lijekova kojima bi se uklonili određeni aspekti ovog poremećaja se preporučuju kako bi i psihoterapija bila što uspješnija.

3.1.2. Farmakoterapija depresivnih poremećaja

Danas se u klinikama kao najvažniji kriterij za odabir lijekova protiv depresija prati količina popratnih pojava koju lijek izaziva.[78]

Na temelju istraživanja brojnih znanstvenika smatra se da je utvrđena učinkovitost trickličkih antidepresiva, MAO – inhibitora i selektivnih lijekova koji koče apsorpciju

[76] Đ. LJUBIČIĆ, Anksioznost i suicid, u: Đ. LJUBIČIĆ i suradnici, *Suicid i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, 2010., str. 75.
[77] Usp. B. PETZ, *Uvod u psihologiju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2001., str. 343.
[78] Usp. M. HAUTZINGER, *Depresija*, Naklada Slap, Zagreb, 2002., str. 71.

serotonina. U nastavku donosim ciljne simptome i koje su vrste najčešće upotrebljavanih antidepresiva[79] koji idu uz njih.

Lijekovi koji se preporučaju kod osoba kod kojih se kod dijagnoze primjećuje smanjena pobuđenost, zakočenost ili apatija su: Concordin, Maximed, Nortrilen i Pertofran.

Kada su kod osobe primijećena raspoloženja poput tuge, potištenosti ili utučenosti, preporučuju se slijedeći lijekovi: Agedal, Anafranil, Dixeran, Fevarin, Floxyfral, Fluoxetin, Gamonil, Istonil, Ludiomil, Nefazodon, Paroxetin, Tofranil, Trausabun i Vivalan.

Ako u depresivnoj slici osobe postoji tjeskoba, anksiozni nemir i uzbuđenost tada joj se preporučuju slijedeći ljijekovi: Aponal, Laroxyl, Melleril, Saroten, Sinequan, Stangyl, Thombran, Tolvin, Trittico, Tryptizol.

Nepoželjno djelovanje kao popratne pojave antidepresivnih lijekova su: suha usta, poremećaji prilagodbe, kožne alergije, promjena krvnog tlaka, tahikardije ili aritmije, oštećenja jetre, poremećaj uriniranja, promjene REM faza spavanja te povećani učinci alkohola. Većina ovih promjena i poteškoća prolazne su naravi i uglavnom se javljaju na početku uzimanja lijekova ili kod uzimanja pojačane doze lijekova. Svaki će bolesnik ove popratne pojave lakše podnijeti i prihvatiti ako im se detaljno i jasno protumače ove nuspojave. Ako bolesnik dugotrajno uzima antidepresivne lijekove znatno se može smanjiti opasnost ponovnog vraćanja bolesti.

3.2. Razni psihoterapijski pristupi anksioznim i depresivnim poremećajima

Poremećaji anksioznosti uspješno se tretiraju psihološki, medikamentima ili njihovom kombinacijom. Neke od vrsta psihoterapije kojima se liječe anksiozni poremećaju su psihoanalitička terapija, bihevioralna, kognitivna te biološka terapija, odnosno biološki pristup koji podrazumijeva liječenje sedativima.

Psihoanaliza, teorija razvoja ličnosti, Sigmunda Freuda, govori o ljudskom doživljaju i ponašanju, usmjerenu na razumijevanje, prevenciju i liječenje mentalnih poremećaja. Usmjerena je na nesvjesne činitelje koji motiviraju ponašanje, a pažnja se poklanja

[79] Usp. M. HAUTZINGER, *Depresija*, Naklada Slap, Zagreb, 2002., str. 72.

događajima koji su se zbili u prvih šest godina života, a smatraju se odrednicom kasnijeg razvoja ličnosti. [80]

Bihevioralna terapija predstavlja niz terapijskih postupaka i tehnika, proizašlih iz zajedničke teorijske postavke da je neprilagođeno i poremećeno ponašanje uglavnom naučeno, pa se stoga može mijenjati s primjenom različitih tehnika i načela učenja. Prema osnovnim postavkama bihevioralne terapije poremećaji ponašanja nastaju na dva načina: ili osoba nije stekla neka poželjna ponašanja, pa zbog toga ima problema, ili je stekla neke nepoželjne oblike ponašanja (npr. fobije), koje treba zamijeniti prikladnim, novostečenim ponašanjem. Bihevioralna terapija se s manje ili više uspjeha primjenjuje u tretmanu fobija i anksioznih stanja, pa čak i kod nekih oblika psihotičnog ponašanja.

Kognitivna terapija predstavlja oblik psihoterapije Aarona Becka, koju on zasniva na pretpostavci da način na koji pojedinac strukturira i interpretira svoja iskustva određuje njegovo raspoloženje i ponašanje. Tako je npr. samooptuživanje i negativno viđenje prošle, sadašnje i buduće pozicije u životu karakteristika depresivnih osoba, što u velikoj mjeri određuje i njihovo ponašanje. Zadatak je ove terapije promijeniti takav način mišljenja kod pacijenata i naučiti ih da misle pozitivno i konstruktivno.

Budući da svaki anksiozni poremećaj ima svoje posebne karakteristike, ne preporuča se za sve isti tretman. Zato je važno precizno utvrditi specifičan problem prije odluke o načinu tretmana.

Cilj psihoterapije mora biti da čovjeku pomogne u pronalaženju takvog smisla njegova postojanja koji će ga čitava ispuniti i pomagati mu da tako osmišljen život dosljedno živi.[81]

3.2.1. Psihoterapijom protiv anksioznosti

Psihoterapija može biti korisna ako se uspije osobi ukazati na njezine eventualne pogreške i propuste, ukoliko su oni relevantni za psihičko stanje i ako ima na njih ima utjecaja. Psihoterapeut može pacijentu pomoći pružanjem razumijevanja, podrške i nade, jer se tjeskobni bolesnik najčešće osjeća bespomoćno, neshvaćeno i ugroženo.

Psihoterapija, odnosno tretman koji uključuje razgovor s terapeutom pokazao se učinkovitim kod značajnog broja pacijenata. S

[80] Usporedi s tablicom I-I, Pregled suvremenih modela psihološkog savjetovanja kod G. COREY, *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja u praksi,* Naklada Slap, 2004., str. 8

[81] E. LUKAS, *Duhovna psihologija, Izvori smislena života,* UPT, Đakovo, 2006., str. 15.

am kontakt s terapeutom ima pozitivan učinak na pacijenta, s obzirom da mnogi pacijenti ne nailaze na razumijevanje kad žele razgovarati o svojim tegobama.[82]

Od tehnika psihoterapije najčešće se koriste kognitivno-bihevioralna, geštalt, interpersonalna i psihoanalitička terapija.

Bez obzira na tehniku kojom se koristi, terapeut bi trebao nastojati pacijentu pružiti ugodno društvo, pažnju, razumijevanje, ali i utjehu i nadu, osobito u razdoblju prije nego što počnu djelovati lijekovi.

Kad se pacijentu "razbistri" stanje i kad postane spremniji na aktivno sudjelovanje u terapiji, moći će od terapeuta naučiti neke praktične "protuanksiozne" vještine.

Kvalitetan psihoterapeut može pacijenta posavjetovati kako da lakše izbjegne neku stresnu situaciju, ako ona postoji i ako je relevantna za pacijentovo stanje. Može mu ukazati na neki izvor stresa koji pacijent sam nije uočio; može mu predložiti neku aktivnost poput hobija, koja bi mu donijela olakšanje i razvedravanje. Pokazati mu načine kako se odnositi s drugim ljudima, kako da nauči prikriti kontrolirati one osjećaje ljutnje ili povrijeđenosti.

3.2.2. Kombinacija psihoterapije ifarmakoterapije

Svaki terapijski pristup ima svoju biopsihosocijalnu osnovu.[83] Lijekovi imaju svoj psihološki učinak, kao što psihoterapija ima svoje biološke korelate. Psihoterapija i farmakoterapija mogu imati sinergistički efekt kreirajući bolji završni učinak. Primjerice, bolesnik koji nije motiviran uzimati ordiniranu terapiju može uz pomoć psihoterapije poboljšati svoj odnos prema lijeku, te će lakše prihvatiti redovito korištenje lijekova.

Brojne su kliničke studije pokazale kombinaciju farmakoterapije i psihoterapije kao najefikasniji pristup. Primjerice, kolaborativno istraživanje Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD-a[84]pokazalo je izuzetnu važnost dobre terapijske alijanse za uspjeh liječenja depresije, ali isto tako je ovim istraživanjem upozoreno i na važnost dobre terapijske alijanse za završni ishod i farmakoterapijskog i psihoterapijskog pristup.

[82] Đ. LJUBIČIĆ, Anksioznost i suicid, u: Đ. LJUBIČIĆ i suradnici, *Suicid i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, 2010., str. 75

[83] Usp. R. GREGUREK, Psihoterapija danas, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 98.

[84] Usp. *Isto.*

Važno je naglasiti da je za depresivne bolesnike kombinacija psihoterapije i farmakoterapije mnogo prihvatljivija i značajno smanjuje opasnost od prekidanja svakoga pojedinačnog terapijskog pristupa. [85]

U nastavku ćemo vidjeti upotrebu raznih vrste psihoterapije, za početak ćemo se upoznati sa interpersonalnom terapijom kao jednom od suvremenih analitičkih terapija.

3.2.3. Interpersonalna terapija kao oblik terapijskog pristupa

Prema ovoj terapiji naglasak se stavlja na interakciju između pacijenta i njegove socijalne okoline. Cilj ove terapije je ublažavanje depresivnih simptoma i poboljšanje međuljudskih odnosa, bez pokušaja izazivanja nekih dubokih promjena u strukturama ličnosti. Osoba bi trebala postići ispunjavanje socijalnih uloga i prilagoditi se na problematične međuljudske interakcije.[86]

Kao začetnik pristupa ove terapije je HarryStackSullivan.[87] Sullivan iznosi da je temeljni problem kod pacijenta njegovo krivo tumačenje stvarnosti, do kojeg dolazi još u djetinjstvu i to zbog poremećaja u odnosima s drugim ljudima, posebno s roditeljima. Dok su suvremeni oblik interpersonalne terapije stvorili Klerman, Chevron i Weissman koji su je razvili u svrhu liječenja depresije.[88]

Mnoge od tehnika interpersonalne psihoterapije jesu modifcirane intervencije, pozajmljene od drugih terapija, kao što je kognitivno-bihevioralna terapija i kratka intervencija u krizi.

Empatija, toplina, iskrenost i bezuvjetno pozitivno prihvaćanje, iako nisu dovoljni za promjenu u interpersonalnoj psihoterapiji, neophodne su da bi se promjena dogodila. Primarni cilj terapeuta jest razumijevanje pacijenta, kao što i Sullivan tvrdida jeterapeut, kao i znanstvenik, neizbježan dio procesa kojeg proučava.[89] Ovo je naročito značajno s obzirom na to da je ova terapija vremenski ograničena, pa je neophodno da terapeut što prije uspostavi što bolji odnos s pacijentom.

---

[85] Usp. Usp. R. GREGUREK, Psihoterapija danas, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 100.
[86] Usp. M. HAUTZINGER, *Depresija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002., str. 100.
[87] G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljaja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998., str.617-618.
[88] M. MILOJEVIĆ, M. HADŽI PEŠIĆ, Interpersonalna psihoterapija, u: *Klinička psihologija* 5 (2012.) 1-2., str. 82.
[89] G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Nav. Dj.*, str. 618.

Uobičajene tehnike u interpersonalnoj psihoterapiji uključuju psihoedukaciju, ohrabrivanje izražavanja emocija, analizu komunikacije, te igranje uloga. [90]U terapijskom pristupu bitno je usmjeriti osobu na rješavanje problema koji su nastali u odnosu s drugim ljudima. Glavna obilježja interpersonalne terapije su:[91]

- *kratkotrajna ambulantna terapija (12-20 susreta)*
- *tjedni individualni susreti u trajanju od 50 minuta*
- *rad na sada i ovdje*
- *specifikacija postupka u terapijskom priručniku*
- *potvrđena djelotvornost za unipolarne, nepsihotične depresije*

Interpersonalna psihoterapija obično traje 16 seansi, iako postoje slučajevi gdje je bolje održati 12 seansi. Generalno, terapeut i pacijent se sastaju jedanput tjedno.[92] Za pacijenta koji je bio depresivan mnogo godina, razumljivo je da bude potresen kada, poslije šesnaest tjedana terapije, i možda šest tjedana dobrog raspoloženja, psihoterapija treba završiti. Zbog toga se često tretman održava najmanje šest mjeseci, s manje čestim seansama.[93]

Prema istraživanjima o učinkovitosti ove psihoterapije sve je više pozitivnih iskustava i odgovora o njezinoj djelotvornosti. Budući da program terapije ne traje u nekom dugom vremenskom periodu, nego relativno kratko u odnosu na ostale, ova terapija pokazala se posebno privlačnom za depresivne adolescente, upravo zbog kratkoće trajanja. Iako interpersonalni psihoterapeuti mogu s pacijentom razmatrati terapijski odnos, za razliku od psihodinamski orijentiranih psihoterapeuta, oni ne naglašavaju iskustva iz djetinjstva i ne poklanjaju posebnu pažnju transferu. Interpersonalni psihoterapeuti mogu pričati o prošlosti, ali rijetkose koncentriraju na unutrašnje emocionalne konflikte ili na duboku pozadinu psihijatrijskih simptoma. Za razliku od kognitivno-bihevioralne psihoterapije, interpersonalna psihoterapija obično ne uključuje direktno suočavanje sa samoporažavajućim mislima, niti domaće zadatke. Iako, terapeut može pokušati ispraviti pogrešna razmišljanja pacijenta koja mu onemogućavaju uspostavljanje adekvatne komunikacije s ljudima u svom okruženju. Ovdje se još mogu koristiti i neke bihevioraln etehnike u cilju poboljšanja socijalnih vještina pacijenta.

[90] M. MILOJEVIĆ, M. HADŽI PEŠIĆ, Interpersonalna psihoterapija, u: *Klinička psihologija* 5 (2012.) 1-2., str. 87

[91] Usp. M. HAUTZINGER, *Depresija,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002., str. 101.

[92] M. MILOJEVIĆ, M. HADŽI PEŠIĆ, *Nav. Dj.*, str. 84.

[93] *Isto*, str. 89-90.

Terapijski cilj je da terapija sama po sebi, čini promjenu uloga od kronične depresije do zdravlja. Psihoterapija promjene uloga zahtijeva žaljenje zbog stare uloge i ovladavanje novom, zdravom ulogom.

Ono što se smatra jednim od nedostataka ove terapije je nedovoljan broj stručnjaka koji su dovoljno obrazovani za rad i upotrebu ove terapije, budući da je ova terapija jedna od relativno novijih psihoterapija.

3.3. Kognitivno – bihevioralna terapija

Jedan od najučinkovitijih načina liječenja depresije, kognitivna terapija, usredotočuje se na mijenjanje pristranih tumačenja i disfunkcionalnih automatskih misli, a bihevioralna terapija mijenja primarno ponašanje, a kasnije i kogniciju. Kombinacija tih dviju terapija dovela je do nastanka ove važne i psihoterapijske metode u liječenju depresivnih i anksioznih poremećaja.[94]

Kognitivnu terapiju razvio je Aaron T. Beck na sveučilištu u Pensylvaniji, 1960-ih godina, kao strukturiranu, kratkotrajnu na sadašnjost orijentiranu psihoterapiju namijenjenu liječenju depresije, usmjerenu na rješavanje svakodnevnih problema i na mijenjanje disfunkcionalnog mišljenja i ponašanja. Od tada su ovu terapiju Beck i njegovi suradnici vrlo uspješno prilagođavali ovu terapiju na velik raspon psihijatrijskih poremećaja i osoba. No, teorijske su pretpostavke ostale uvijek konstantne.

Tokom povijesti su se razvijale različite vrste kognitivno-bihevioralne terapije, pa su na tom području poznati autori poput Alberta Ellisa (racionalno-emocionalna terapija), Donalda Meinchenbauma (kognitivno-bihevioralana modifikacija), Arnolda Lazarusa (multimodalna terapija) te Michael Mahoney i Giovanni Liotti i mnogi drugi.[95]

Kognitivno - bihevioralna terapija se temelji na pretpostavci da se ljudi ponašaju s potencijalom za racionalno, ili ispravno mišljenje i iracionalno ili iskrivljeno mišljenje. Prema tome ljudi imaju predispozicije za samoočuvanje, sreću, mišljenje i govor, ljubav, spajanje s drugim ljudima, rast, razvoj i samoostvarenje.[96]

Osim ovih „pozitivnih“ predispozicija postoje i sklonosti prema samouništenju, izbjegavanju misli, beskrajnom ponavljanju grešaka, netoleranciji, samookrivljavanju te

[94] V. LOVRETIĆ, A. MIHALJEVIĆ - PELEŠ, Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju, u: *Socijalna psihijatrija* 41 (2013.) 2., str. str. 110.

[95] Usp. J. S. BECK, *Osnove kognitivne terapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007., str. 1.

[96] G. COREY, *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 299.

izbjegavanju ostvarenja i ispunjenja mogućih razvojnih potencijala. Prema tome, kako vidimo da su ljudi skloni pogreškama, ova terapija će im nastojati pomoći da prihvate sebe, unatoč tome što čine pogreške i usmjeriti ih kako da to prihvate i da se lakše nose s tim propustima. Svrha je podučiti pojedinca kako da ne bude depresivan te im nastojati pomoći u traženju načina kako svladati depresiju, tjeskobu, povrijeđenost, nisko samopoštovanje ili čak i mržnju.

U radu s osobama koje boluju od anksioznih i depresivnih poremećaja, izuzetno uspješnom i učinkovitom pokazalo se korištenje kognitivno – bihevioralne terapije. Usporedbom sa drugim terapijama koje su se koristile u liječenju ovih poremećaja, ova se pokazala znatno boljom i uspješnijom od ostalih.[97]

Primjena ove terapije temelji se na mišljenju da depresivna osoba ima iskrivljenu percepciju sebe, svijeta oko sebe i budućnosti te da joj nedostaju socijalne vještine u komunikaciji s drugim ljudima. Budući da se temelji se na pretpostavci da su duševne smetnje posljedica duboko ukorijenjenih pogrešnih i negativnih predodžbi pacijenta o samome sebi i o svojim okolnostima, uz pomoć terapeuta pacijentu se nastoji pomoći da zamijeni "pogrešne predodžbe" ispravnima, da odbaci štetne postupke ili ponašanja te da nauči raditi ugodnije aktivnosti te prihvaćati zdravije obrasce ponašanja.

Kognitivno-bihevioralna terapija temelji se na učenju kako prepoznati misli i ponašanja koja vode do anksioznosti i mijenjati ih te tako ograničiti poremećaj. Pri kontroli poremećaja mogu pomoći i tehnike opuštanja. Osnovne komponente ove terapije uključuju sljedeće tehnike: [98]

a) samomotrenje

b) trening samoevaluacije

c) trening reatribucije

d) samoojačavanje

e) kognitivno restrukturiranje

f) trening relaksacije

[97] E. HOLLANDER, S. DAPHNE, *Anksiozni poremećaji*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 208.

[98] Usp. A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2003., str. 254.

Kevin Stark sa suradnicima je razvio kognitivno – bihevioralni program koji temelji na modelu samokontrole i reatribucije kojima se ublažavaju depresivni simptomi te se uče vještine koje mogu utjecati i prevenirati nove depresivne epizode.[99]

U ovoj terapiji se problemu pristupa pomoću strukturiranog, konkretnog i specifičnog postupka. To se najčešće koristi kad se radi s osobama koji pate od depresivnih poremećaja.

Vrlo je bitna suradnja između terapeuta i bolesnika, prema kojoj seizgrađuje odnos pun povjerenja i otvorenosti.

U terapiji se nastoji identificirati problem, prepoznati individualne kognitivne blokade, otkriti, ispitati i provjeriti moguće alternative. Objašnjenje i postupak terapije donosim u nastavku, kako bi što bolje mogli uočiti važnost i korištenje određenih faza tijekom terapije. Metoda se sastoji od pet faza:

1. Imenovanje ključnih problema[100] – tu se nastoji postići pregled nad situacijom. Ono što terapeut treba činiti je stvoriti pozitivan terapijski odnos. Nastojati prihvatiti osobu s njegovim negativnim stavovima i pogledima na stvarnost i svijet oko sebe. Kroz razgovor bitno je aktivno slušanje, gdje se pokazuje interes za onoga koji mu povjerava probleme. Važna je profesionalnost terapeuta u kojem se uočava da prepoznaje i poznaje građu ovog poremećaja te sigurnost tijekom tretmana.
2. Primjena terapijskog modela[101] – cilj je pokazati i obraditi povezanost misli, osjećaja i ponašanja na temelju njegovih doživljaja. Kroz tretman treba znati izvesti i prikazati elemente i strukturu terapije.
3. Poticanje aktiviteta[102] – pomoću tehnike uspjeha i zadovoljstva pomoći osobi kako isplanirati tjedan uz stupnjeviti postupak, u kojem se postavljaju realistični standardi i planiranje tijeka: Kako izgleda prvi korak?, Kakva je pomoć moguća?.. i sl.
4. Socijalna kompetentnost[103] – se ostvaruje kroz igranje uloga, služeći se jasnim uputama na osnovu kojih se dolazi do povezivanja s problemima koje ima pojedinac. Osim što terapeut odradi svoj dio posla potrebno je da osoba jasno shvati što se mijenja te iznosi diferencirane povratne informacije koje će se odnositi na ponašanje, ponovljeno uvježbavanje i ponovljeni transfer.

[99] A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 255.
[100] M. HAUTZINGER, *Depresija,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002., str. 76.
[101] *Isto*, str. 76.
[102] *Isto*, str. 76.
[103] *Isto*, str. 77.

5. Kognitivne tehnike[104]- se odnose na zahvaćanje negativnih misli i stavova, pojašnjavanjem povezanosti negativnih misli, osjećaja i ponašanja. Kognicije se uzimaju kao pretpostavke, a ne činjenice. Bitno je uklanjanje katastrofiziranja i preuveličavanja problema te na kraju navođenje argumenata za i protiv, odnosno, kratkoročne i dugoročne posljedice stavova.

Kroz ovu terapiju nastoji se pomoći osobi kako da se suoči s nastalim problemima te nastojati usmjeriti ju na pozitivnije gledanje sebe i stvarnosti oko sebe. S osobom treba raditi i na interakcijskom ponašanju i komunikaciji s članovima obitelji, budući da ove osobe najčešće imaju teškoća i problema u odnosu s članovima obitelji, bračnim partnerima ili bliskim osobama.

Uvijek je važno biti pažljiv u komunikaciji tijekom tretmana i paziti da se depresivnoj osobi ne pripisuju i predbacuju njezine pogrešne ili iracionalne misli. Upravo ti razni automatski kognitivni procesi posljedica su učenja i socijalizacije, a ne namjera ili nesposobnosti. Kroz terapiju bi trebalo osobi pomoći da prepozna, imenuje i uoči iskrivljenja te da one emocionalne ispade koji se budu javljali u svakodnevnom životu zna protumačiti kognitivnim blokadama.[105]

Sljedeće tehnike koje su se pokazale djelotvornim u radu s djecom i adolesentima su: psihoedukacija, trening samokontrole, samomotrenje i kognitivno restrukturiranje.

Psihoedukacija - traje tijekom cijele terapije jer uključuje upoznavanje s različitim aspektima ovog problema. Važno je da roditelji i dijete prepoznaju da u depresiji postoji specifična povezanost između određenog načina mišljenja, ponašanja i socijalnih odnosa koje je moguće svjesno kontrolirati i da će cilj terapije biti upravo uvježbavanje kontrole nad tim procesima, ponašanjima i odnosima.[106]

Trening samokontrole - temelji se na kontroli samoregulacije. Usmjeren je na vještine samomotrenja, samovrednovanja i samopotkrepljivanja.[107]

Samomotrenje – predstavlja istovremeno metodu kliničke procjene i psihološkog tretmana. Ovaj oblik pomaže djetetu da postanu svjesni povezanosti između aktivnosti i raspoloženja.[108]

[104] M. HAUTZINGER, *Depresija,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002., , str. 77.
[105] *Isto,* str. 87- 90.
[106] A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, 2004., str. 258-259.
[107] *Isto,* str. 259.

Kognitivno restrukturiranje - odnosi se na tehniku u kojoj sepokušava promijeniti djetetov iskrivljen i pogrešan stil razmišljanja zajedno s pretpostavkama koje leže u osnovi tog negativnog stila.[109]

Neki od psihologa predlažu da pomoću raznih sredstava učimo djecu prepoznati promjene raspoloženja te misli i ponašanja koja mogu utjecati na njihovo raspoloženje.

To mogu biti razni crtani materijali, priče, vježbe papir-olovka, igranje uloga i druge. U ovom programu je bitno da uče promatrati i bilježiti svoja raspoloženja, procjenjivati uzroke i posljedice svog ponašanja, postaviti sebi realne i dostižne ciljeve i motivirati se da bi dostigao te ciljeve.[110]

Kroz istraživanja tijekom godina primjećuje se da u one djece kod kojih se izgrađuje produktivniji način gledanja na poteškoće smanjuje rizik od depresije. Stog atreba pokušati staviti pod nadzor ona negativna raspoloženja poput tjeskobe, tuge ili bijesa i kako drugačijim načinom razmišljanja promijeniti ih je ono što je pomoglo adolescentima kako se lakše nositi s poteškoćama odrastanja.

Sljedeća je produktivna terapija geštalt terapija.

3.4. Geštalt terapija

Geštalt terapija je razvijena pod utjecajem psihoanalitičke teorije nastala u 20. stoljeću kao reakcija na tadašnju strukturalističku i bihevioralnu psihologiju. Vodeći autori bili su Kurt Koffka, Max Wertheimer i Wolfgang Kohler. Postavili su temeljnu postavku geštalt psihologije, po kojoj živa bića percipiraju neki oblik kao cjelinu, ne kao pojedine dijelove od kojih se on sastoji i tada prema njoj organiziraju svoje percepcije u smislenu cjelinu.[111]Iz svega proizlazi glavno načelo geštalt psihologije koje kaže da je cjelina važnija od dijelova.

Geštalt terapija ili Perlsov tretman je iskustveni tretman koji nastoji potaknuti razvoj i rast ličnosti ponovnim uspostavljanjem svjesnih procesa. Razvijena je od Fredericka Perlsa, Laure Perls i Paula Goodmana tijekom četrdesetih godina 20. stoljeća.[112]

---

[108] A. VULIĆ-PRTORIĆ, *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, 2004., str. 260.
[109] *Isto*, str. 263-268.
[110] M. LEBENDINA MANZONI, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007., str. 70.
[111] T. RADIONOV, *Geštalt terapija,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2013., str. 23.
[112] *Isto*, str. 3.

Osobi se pomaže da postane svjesna osjećaja kojih se odrekla i da prepozna osjećaje i vrijednosti koji su posuđeni od drugih, ali ih ne percipira kao svoje. Suprotno psihoanalizi, ovaj oblik terapije usmjeren je na sada i ovdje.

Geštalt terapija je humanističko egzistencijalna terapija, koja vjeruje da su ljudi rođeni sa resursima i sposobnostima da budu nagrađeni u kontaktu sa drugim ljudima, i vode kreativan život, život koji ih zadovoljava.

Međutim, često tijekom djetinjstva i nekada kasnije nešto prekine ovaj proces i osoba bude zaglavljena u fiksiranim obrascima i uvjerenjima o sebi koja im staju na put. Ova terapija pomaže da osobi da istraži i otkrije kako su ovi obrasci još uvijek aktivni i utječu na sadašnji život osobe. Geštalt terapeuti pomažu pojedincu u pronalaženju novih i kreativnijih načina za rješenje problema ili krize sa kojom se suočavaju.[113]

Geštalt terapija ima kao osnovni cilj pomaganje osobi da prihvati svoje potrebe, želje i strahove. Pri tome se koristi nekim zajedničkim terapijskim intervencijama koje uključuju bezuvjetno pozitivno prihvaćanje i empatiju. Uz to, geštalt terapija se još koristi i tehnikama kao što su ja-govor, prazna stolica, projiciranje osjećaja, zamjena, obraćanje pažnje na neverbalne znakove, upotrebu metafora te rad na snovima. Metode geštalt terapije su:[114]

a) Usredotočenost na ovdje i sada[115] - Instrukcija "*Što osjećate i ostanite s tim*", koju terapeut govori je instrukcija kojom se osobu ohrabruje da nastavi govoriti o onome što osjeća tako razvijajući njegovu sposobnost da proradi i probudi to osjećanje do kraja.

b) Igranje uloga[116] - U odigravanju ili igranju uloga od pojedinca se traži da riječi ili misli pretvori u akciju. Postoje dva tipa igranja uloga. Jedan je kada osoba sudjeluje u nekoj komunikaciji sa zamišljenim ili stvarnim osobama iz svog života iz sadašnjosti ili prošlosti. Drugi je kada osoba utjelovljuje odbačene aspekte sebe, koji nisu u punoj svjesnosti. Terapeut može podržati osobu da se direktno obrati osobi ili predložiti igranje uloga - tehnika 'prazna stolica'.

c) Vođene fantazije - Uz pomoć vođene fantazije osoba ponovno kreira događaj kako bi ostvario bolji kontakt sa njim.

---

[113] https://hr.wikipedia.org/wiki/Ge%C5%A1talt_terapija (stranica konzultirana 25.1.2017.)

[114] https://bs.wikipedia.org/wiki/Gestalt_psihoterapija (stranica konzultirana 25.1.2017.)

[115] M. E. UGRINA, pregled knjige R. BLOM, *Priručnik Gestalt terapije igrom: Praktične smjernice za rad s djecom*, Psihika, Zagreb, 2014., str. 4.

[116] G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Nalada Slap, Jastrebarsko, 1998., str. 634.

d) Tehnike rada na tijelu[117] - Tehnike rada na tijelu su tehnike pomoću kojih osoba osvješćuje svoje tjelesno funkcioniranje. Obratiti pažnju na neverbalne znakove koje tijelo šalje.

e) Rad na snovima[118]- Postoje mnogi načini da se radi na snovima u terapiji. Nije potrebno da san bude kompletan. Sasvim je moguće raditi sa dijelovima sna ili na osjećajima koje je klijent imao budeći se iz sna te se konstatira da ono čega se sjeća često sadrži nezavršene poslove koji izbijaju na površinu. Iz perspektive Geštalta svaki aspekt, incident, tema ili proces u snu predstavlja neke aspekte pojedinca i njegovog života. Stoga terapeut poziva osobu da istraži san iz svakog kuta.

Jedan od najvažnijih zadataka geštalt terapeuta je da uveća svjesnost pojedinca - svjesnost onoga što osjeća i misli, kako se ponaša, što se događa u njegovom tijelu i informacije o njegovim osjetima. Usmjeriti ga na vlastitu svjesnost o tome kako stvarati kontakt - odnos sa drugim ljudima, kako utjecati na okolinu i kako okolina može utjecati na njega.

Sve nabrojane metode i tehnike se koriste u svrhu da osoba nauči razlikovati ponašanje koje zadovoljava njegovu potrebu od onoga koje to ne čini. Ono što liječi je svjesnost, odnosno otkrivanje načina na koji je ona bila blokirana.

Geštalt psihoterapija je terapije koja stavlja naglasak na osobnu odgovornost svake osobe za život koji živi, na individualno iskustvo u sadašnjem trenutku, biti sada i ovdje, odnos pojedinca i terapeuta, kontekst društvenog okruženja čovjekovog života i samoregulirajući kapacitet koji ljudima omogućava da se prilagode trenutnoj situaciji u kojoj se nalaze. Cilj geštalt terapije je jačanje samopouzdanja kod osobe koja dolazi na terapiju u mijenjanju stava prema kojem pojedinac treba promijeniti očekivanja od podrške u okolini do podrške u samom sebi. Nije svrha da se čovjek mijenja da pokušava biti nešto što nije, već da se mijenja prihvaćanjem onoga što jeste. Geštalt terapija je vrlo efikasna kod pretjerano socijaliziranih, skučenih i inhibiranih osoba koje se često opisuju kao neurotične, fobične, perfekcionističke i potištene, te kod poremećaja ličnosti, rješavanja niza psihosomatskih poteškoća i problema, srednje depresije, anoreksije, rada s traumama, opsesivno kompulzivnim simptomima, anksioznim stanjima – egzistencionalnim krizama, fobijama, unutrašnjim konfliktima.[119]

[117] G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Nalada Slap, Jastrebarsko, 1998., 634.

[118] G. COREY, *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 213-214.

[119] http://www.gestalt-drustvo.hr/o-gestalt-psihoterapiji/osnove-gestalt-terapijskog-pristupa (stranica konzultirana 14.2.2017.)

Za anksioznost je karakteristično da osobu obuzima osjećaj uznemirenosti, straha, panike ili duševnog bola. Način razmišljanja kod osobe koja je anksiozna pun je strepnje, zabrinutosti, neizvjesnosti, napetosti i uznemirenosti s negativnim razmišljanjima o tome što mi se možda može dogoditi ili što mi se to odjednom sada događa. Tjelesni obrazac anksioznih osoba karakterizira sve pliće disanje, stiskanje dijafragme i "odcjepljivanje" to jest određeno prekidanja kontakta između glave i tijela s tendencijom da se sva energija nakuplja u glavi[120]. Osoba kao da prestaje doživljavati sebe kao cjelinu; doživljava sebe samo kroz glavu: "*to sam Ja*", a svoje tijelo u kojem se doživljava odnosno manifestira osjećaj anksioznosti i neugode osjeća kao: "*tijelo nisam Ja*".[121]

Važan postupak u terapiji anksioznih stanja i paničnih napadaja je rad na svjesnosti o fizičkim senzacijama, svjesnosti o onome što nam se događa i rad na disanju tj. fizičkoj mobilizaciji i mogućnostima. Potrebno je postepeno raditi na sve svjesnijem i sve dubljem disanju.[122]

Potrebno je naglasiti da se pojedinac treba usmjeriti na stvaranje novog, a ne očekivanje da se povrati stari osjećaj sigurnosti, jer je on dio prošlosti i zauvijek je gotov. Novi osjećaj sigurnosti je moguće ostvariti i ostvaruje se kroz potpunu svjesnost o tome da je postojanje i egzistencija fragilna i u odluci da se živi život u potpunosti, da se suočimo sa strahom od gubitka onog što imamo sa asertivnim determiniranim i aktivnim pristupom davanju i uzimanju onog što osoba želi.

Da bi se reducirale pojave simptoma anksioznosti, a samim time i da bi se jače razvijalo samopouzdanje, vrlo su važne i određene vježbe. Svjesno provođenje vježbi uz paralelno praćenje kako i što osjećamo unutar sebe jedan je od preduvjeta za uspostavljanje novog temelja samopouzdanja u sebe kao cjelokupnog bića s jedne strane i osvještavanja o tome koju vrstu uzbuđenja i emocija izbjegavamo i potiskujemo, a koje su dio naše osobnosti.[123]

Ono što se može čuti iz iskustva liječnika je kako rad s osobama koje boluju od anksioznih poremećaja često puta bude uspješan i zahvalan jer ovi pacijenti uglavnom dobro reagiraju na primjereno liječenje i pri tome postižu viši stupanj funkcioniranja.

---

[120] http://dugan.hr/anksioznost-i-zabrinutost/ (stranica konzultirana 11.1.2017.)

[121] G. COREY, *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 204.

[122] http://www.gestalt-drustvo.hr/o-gestalt-psihoterapiji/osnove-gestalt-terapijskog-pristupa (stranica konzultirana 14.2.2017.)

[123] http://ordinacija.vecernji.hr/budi-sretan/upoznaj-sebe/gestalt-psihoterapija-i-panicni napadaji/?gclid=CI6k4_PH1tQCFdTNGwodmYIBPw (stranica konzultirana 5.2.2017.)

Pored značajnog doprinosa koji je geštalt psihologija dala u području percepcije, području učenja i rješavanja problema, geštalt principi primjenjivi su i na područje motivacije, socijalne psihologije, područje ličnosti, psihoterapije pa i područje filozofije, etike, ekonomije, politike i estetike. Saznanja iz ovog područja prodrla su i do pedagogije, antropologije, sociologije i umjetnosti.[124]

Danas je geštalt teorija interdisciplinarno područje koje pruža okvir za razumijevanje mnogobrojnih psiholoških fenomena i procesa. Čovjek se promatra kao cjelina, kao otvoreni sistem koji je u aktivnoj interakciji sa svojom okolinom.

Ono što određuje iskustvo i ponašanje čovjeka nisu nagoni, vanjski podražaji ili stabilne crte ličnosti već je to interakcija pojedinca i situacije u dinamičkom polju.

Geštalt psihoterapija je primjenjiva u različitim okolnostima kao što su individualni rad, grupni rad, rad s obiteljima, partnerima, rad u institucijama tj. organizacijski razvoj, *coaching*, rad u zajednici i pedagoški rad.

3.5. Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja

Načini i metode o kojima ću nešto reći u ovom djelu ne ulaze u standardni postupak liječenja anksioznih poremećaja iako bi bilo korisno uvesti ju kao jednu od redovitih metoda liječenja anksioznih poremećaja.

Ovu je metodu korisno primjenjivati u programu samopomoći, individualno ili u grupama pomoći s ciljem kontrole simptoma bolesti. Ona se odnosi na edukaciju o anksioznosti koja uključuje razlikovanje patološke od uobičajene anksioznosti svakodnevnog života.

Nemedikamentozne metode kod anksioznih poremećaja su:[125]

- *Vježbe pravilnog disanja*[126] - Simptomi povezani s disanjem su učestali simptomi kod anksioznih poremećaja: općeg anksioznog poremećaja, socijalne fobije a osobito je izražena kod paničnog poremećaja. Veliki broj pacijenata sovim poremećajima zbog nepravilnog disanja pogoršava simptome poremećaja. Većina pacijenata hiperventilira. Znaci i simptomi

[124] http://www.psiholoskicentar-razvoj.hr/?p=40 (stranica korigirana 7.12.2016.)

[125] S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, *Priručnik za samopomoć kod anksioznih poremećaja*, str.12. 20., http://www.udrugasvitanje.hr/images/stories/PDF/program_samopomoci_kod_anksioznih_poremecaja.pdf (stranica konzultirana 27.3.2017.)

[126] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: Medix 13 (2007.) 71., str. 90.

hiperventilacije su ubrzano i nepravilno disanje koje je plitko, osobe mogu često uzdisati, zijevati i/ili šmrcati. Prisutan je osjećaj nedostatka zraka što osoba pokušava nadoknaditi dubljim udisanjem. Sam proces hiperventilacije neovisno o tome što je uzrok, često je potaknut stresnim situacijama, a može sam po sebi uzrokovati daljnju tjeskobu i pogoršanje te može prouzročiti cijeli niz simptoma kao što su: nedostatak zraka, bol u prsima, osjećaj nesvjestice, vrtoglavice , umora, drhtanja, teškoća gutanja i drugo.

- *Autogeni trening*[127] - autogeni trening je metoda opuštanja koja se sastoji od vježbi kojima putem autosugestije utječemo na naše tijelo tako da mu pomažemo da se opusti. Tehnika je znanstveno osnovana i koristi medicinska saznanja. Metodu mogu koristiti svi stariji od 8 godina osim težih srčanih bolesnika. Osobe koje boluju od psihotičnih poremećaja dobro je da se o primjeni autogenog treninga savjetuju sa svojim liječnikom. Cilj vježbanja je postizanje psihičke i fizičke opuštenosti. Vježbanje se sastoji od 6 vježbi u kojima se putem ponavljanja jednostavnih rečenica uz stvaranjem predodžbi sugerira težina, toplina, ravnomjerno disanje, ravnomjerni rad srca, toplina trbuha i svježina čela

- *Progresivna mišićna relaksacija*[128] - preporuča osobi da se usredotoči na to kako se osjeća vaše tijelo i zna prepoznati područja napetosti. „Dišite ritmom koji vam je ugodan, dišite trbušno i svakim udahom zamišljajte kako zrak dospijeva dosvih vaših mišića, ruku, nogu, a osobito do onih područja koja ste već okarakterizirali kao napeta.Vježbajte opuštanje i napinjanja mišića. Kod napinjanja mišića, učinite to nježno i ravnomjerno!“

- Vizualizacija[129] - treba se potpuno uživjeti u ugodni prizor, situaciju bilo iz stvarnog života ili zamisliti neku ugodnu situaciju. Treba zamisliti sve do najmanjih detalja kao da se upravo sada nalazimo u tojsituaciji.

- *Rad s negativnim mislima i osjećajima koje pridonose održavanju nepoželjnog ciklusa anksioznosti*[130] – cilj ovog postupka je pokušati utjecati na krug negativne misli - neugodni osjećaji - neefikasno ponašanje, takoda ćemo otkriti naše misli i osjećaje u određenim situacijama, ispitati realističnost misli i pokušati ih zamijeniti s realističnijim i pozitivnim mislim i prema tome odabrati adekvatnije ponašanje.

[127] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: Medix 13 (2007.) 71., str. 92.

[128] S. ŠTRKALJ IVEZIĆ i A. VUKOVIĆ, *Priručnik za samopomoć kod anksioznih poremećaja*, http://www.udruga svitanje.hr/images/stories/PDF/program_samopomoci_kod_anksioznih_poremecaja.pdf (stranica konzultirana 27.3.2017.)

[129] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str. 92.

[130] Usp. *Isto,* str. 93.

- *Vježbanje tehnike prebacivanja pažnje*[131] - „Podsjetite se da vi kontrolirate sadržaj svoji misli, (npr. ako se potrudite da stvorite predodžbu u glavi svog kućnog ljubimca, stana, nekog dragog predmeta i slično učinit ćete to s lakoćom). Možete vježbati tako da pažnju prebacujete s teme na temu (npr. na događaje u filmu ili omiljenoj seriji, izložbi, nekom ugodnom događaju, nekom sportskom natjecanju koje ste recimo jučer gledali. Zadržite svaku sliku po 15 tak sekundi prije nego pređete na novu.

- *Mentalne igre*[132]- Ponekad igre koje zahtijevaju koncentraciju mogu pomoći u odvraćanju od napetosti i zabrinutosti. To mogu biti igre poput križaljke, zagonetke, slagalice, pronalaženja skrivene riječi, a koje osobi mogu pomoći. Brojanje unatrag od 100 do 0, oduzimajući pritom npr. 2 (98, 96,94...) može pomoći u kontroli anksioznosti.

Cilj ovih metoda je otklanjanje ili kontrola simptoma anksioznosti i sposobnost upravljanja vlastitom tjeskobom. Primjena ovih tehnika utječe na povećanje samopoštovanja i daje osobi osjećaj upravljanja svojim simptomima. Naučiti kako izbjeći, smanjiti ili kontrolirati patološku anksioznost, a prihvatiti anksioznost svakodnevnog života.

Za liječenje anksioznih poremećaja bitno je shvatiti da se ipak mogu učiniti neki koraci koji bi mogli umanjiti simptome. Neki od tih koraka su smanjen unos kofeina (kava, čaj, cola, čokolada), pažljivo korištenje biljnih lijekova i lijekova bez liječničke dozvole, jer neki od njih mogu sadržavati tvari koje povećavaju simptome anksioznosti. Korisna je svakodnevna tjelovježba i zdrava, uravnotežena prehrana, psihološka pomoć nakon traumatičnog događaja i tehnike za smanjenje stresa kao što je meditacija.

Nakon što smo vidjeli kojim se sve metodama i načinima liječenja može pristupiti osobama koje pate od anksioznog ili depresivnog poremećaja, potrebno je nešto reći i o pastoralnom vidu i angažmanu pomoći takvim osobama.

[131] Usp. S. ŠTRKALJ IVEZIĆ, A. VUKOVIĆ, Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: *Medix* 13 (2007.) 71., str. 93.
[132] Usp. *Isto,* str. 93.

4. PASTORALNI RAD I DUHOVNI PRISTUP OSOBAMA KOJI BOLUJU OD ANKSIOZNIH I DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Kad se govori o pastoralnom djelovanju Crkve smatra se da je pastoral osoba sa psihičkim poremećajima jedno od najzahtjevnijih djelovanja.U sklopu pastorala bolesnika briga za psihički oboljele posebno je područje djelovanja unutar kojega Crkva pomaže oboljelim osobama na više načina, istodobno poštujući njihove mogućnosti i uvjete u kojima se te osobe nalaze.

Za stručnjake iz područja medicine i psihologije, kao i za pastoralne djelatnike izazov je raditi s osobama koje imaju psihičke poremećaje. Pastoralni djelatnici bi se trebali na poseban način pripremati za rad s psihičko oboljelim osobama.

Pristup rada koji se može koristiti s takvim osobama trebao bi biti individualan i poosobljeni model djelovanja, koji uključuje brigu za dobro osobe u njezinoj cjelovitosti.

4.1. Isus kao primjer dušobrižnika

Isus je prošao ovom zemljom čineći dobro, propovijedajući i ozdravljajući mnoge bolesne. Nije propovijedao bez ozdravljanja, niti je ozdravljao bez propovijedanja. Ove dvije službe vršio je tako da se uzajamno nadopunjuju. Isus je popratio svoje riječi silnim „čudesima, djelima i znamenjima“ (Dj 2,22), koja očituju da je u njemu prisutno Kraljevstvo. Isus je onaj koji ozdravlja ljude od tjelesne boli.U Isusovo vrijeme, prema židovskom shvaćanju, oni nisu dijelili čovjeka na duh i tijelo, nego su ljudsko biće promatrali kao nedjeljivu cjelinu.[133]Isus ozdravlja i spašava dušu i tijelo, jer mu je stalo i do zdravlja, ali posebno do spasenja svakog čovjeka.

Pastoralno djelovanje najbolje se očituje u Isusovoj praksi. Isusova ljubav prema osobama koje trpe daje nam nadahnuće, ali i primjer kako bi Crkva trebala djelovati u pastoralu bolesnika. Uporište i temelj svakog drugog vida pastoralnog djelovanja nalazimo u riječima i nalogu koje je Isus dao apostolima: *„ Na svom putu navješćujte: Blizu je kraljevstvo nebesko! Liječite bolesnike, uskrisujte mrtvace, čistite gubavce, izgonite zle duhove! Badava ste primili, badava i dajte!“* (*Mt 10, 7-8*). Ovdje Isus traži i očekuje od učenika da vrše Božju volju što je bitna zadaća njegoviog poslanja, ali i poslanja njegovih učenika.

[133] D. BETANCOURT, *Dolazim ozdravljati: Ustani i hodi*, Knjižnica DON BOSKO „Daj mi duše“, Rijeka, 2007., str. 18.

Isus je djelovao za spasenje čovjeka, što vidimo i u evanđeljima koja svjedoče o njegovoj praksi ozdravljanja. U evanđeljima čitamo o događajima koji svjedoče o Isusovoj praksi ozdravljanja, ali i o kriterijima i smislu tog djelovanja. Isus jasno ističe da je došao kako bi ljudi imali život i to život u izobilju. On omogućuječovjeku da ostvari i ispuni svoj život, čak i kada se nađe u situaciji bolesti, bilo fizičke, psihičke ili duhovne. Oslobađajući neke ljude od zemaljskih zala gladi, nepravde, bolesti i smrti, On poručuje kako nije došao da ukloni odavde sva zla, nego da ljude oslobodi od najgorega ropstva: grijeha, koji ih priječi u njihovu pozivu djece Božje i uzrok je svih ljudskih porobljenja.[134]Isus više puta naglašava da bolest ne smije biti razlog razočaranja i klonuća, malodušja i straha.

S vjerom u Krista i snagom njegova Otajstva čovjek i u bolesti može napredovati k punini života. Krist je djelovao za spasenje čovjeka, u cijelosti njegovog bića. Spasenje čovjeka je u središtu njegova djelovanja. On čovjeka poziva na promjenu života, obraćenje i cjelovitu preobrazbu osobe, koja mora i započinje već ovdje. Život koji on daje ne podrazumijeva samo dimenziju postojanja ovdje na zemlji, već i onu nebesku dimenziju života u Očevu kraljevstvu u kojem će čovjek biti u potpunosti ostvaren. Sve ono što nije u skladu s izvornim Božjim naumom o čovjeku mora biti nadiđeno, pa tako i bolest.

Temeljna Isusovog djelovanja je ukazivanje na realno očitovanje dolaska Kraljevstva Očeva, Kraljevstva nebeskog.Osim navještaja i govora o Kraljevstvu Božjem među najvažnijim Isusovim zadaćama bila jebriga za bolesne, opsjednute, hrome, zapostavljene i sve one koji su bili u potrebi. *„Tako je Isus obilazio sve gradove i sela. Učio je u tamošnjim sinagogama, propovijedao Radosnu vijest o Kraljevstvu i liječio svaku slabost i bolest“*. (Mt 9,35). Isusa u ovim situacijama vidimo kao tješitelja, kao onoga koji pristupa odbačenima, ali i kao liječnika, kao onoga koji liječi bolesne i nemoćne. On se pokazuje kao onaj koji podiže ljude koji su klonuli i duhom i tijelom, kao onaj koji krijepi bolesne i nemoćne. On prilazi gubavcima, bez zadrške i straha, vraća vid slijepima, pristupa svakom čovjeku kojeg je zahvatila neka bolest te u drami njegovog života vraća vjeru u ljude i nadu u bolji život. Isus obećava nadu koja nije prolazna, nadu koja daje izlaz brigama i problemima, jer za njega nema bezizlaznih situacija. U svakoj situaciji, pa i u situaciji bolesti, čovjek bi mogao i trebao napredovati prema Bogu i njegovu Kraljevstvu.

[134] Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Katekizam Katoličke Crkve*, (za uporabu na hrvatskom jeziku), Glas Koncila, Zagreb, 1994., br. 549.

Crkva u svomu djelovanju mora zahvatiti sve kategorije bolesnih i patnika. Po uzoru na Kristovo djelovanje predmet pastoralne skrbi Crkve trebao biti spasenje cijele osobe, cijeloga čovjeka u integralnom smislu.[135]

U tom segmentu se pred pastoral bolesnika, koji u ovome smislu možemo nazvati i pastoralom zdravlja, postavlja se zadaća kako ići uvijek dalje prema specifičnim mjestima, ili posebnim odredištima gdje će biti potrebno otkrivati nove oblike ljudske patnje i trpljenja i osvjetljavati ih svjetlom Kristova spasenja.[136] Situacije psihičkih oboljenja doista predstavljaju takva specifična mjesta, na koje pastoralni djelatnici trebaju biti osobito osjetljivi.

4.2. Pastoralno djelovanje s osobama koje boluju od anksioznih i depresivnih poremećaja

U pastoralnom radu jednu od važnijih kategorija upravo ima pastoralno savjetovanje, koje na razne načine nastoji pomoći osobi da rješava probleme koji su nasatali uzrokovani ovim poremećajima.

4.2.1. Pastoralne savjetovanje

Savjetovanje u crkvenom okruženju nije orijentirano profitu i zaradi kao sekularna psihoterapija i samim time je dostupnije širokom krugu korisnika. Veliki broj osoba koji su u potrebi traži pomoć upravo kroz Crkvu pa je i time pastoralno savjetovanje na idealnom mjestu gdje se pojedinac može obratiti, a ona mu može ponuditi pomoć.

U samoj metodologiji svoga rada pastoralno savjetovanje koristi različite već postojeće pristupe i terapijske pravce, već prema preferencijama pojedinog savjetnika. Pastoralni savjetnik tako može biti zainteresiran za rad na promjeni ponašanja na bihevioralnoj razini te promjeni razmišljanja na kognitivnoj razini, no u konačnici će tražiti i propitivati i pitanja smisla i vrijednosti na egzistencijalnoj i transcendentalnoj razini.

U svijetu, pastoralni savjetnici često koriste Kognitivno-bihevioralne tehnike terapijskog rada ili samo Kognitivnu terapiju, Racionalno-emocionalnu bihevioralnu terapiju te Logoterapiju, a postoje i brojni integrativni modeli pastoralnog savjetovanja.

[135] N. VRANJEŠ, Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe, u*: Crkva u svijetu* 46 (2011.) 3., str. 307.-308.

[136] *Isto*, str. 316.

Pastoralni savjetnici i psihoterapeuti u svom radu mogu biti slobodni pri odabiru i primjeni različitih terapijskih tehnika i metoda rada za koje se odluče koristiti tijekom tretmana.

Uspjeh pastoralnog savjetovanja često puta ovisi i stručnosti i kompetenciji savjetovatelja. Pastoralno savjetovanje je osobni susret između pastoralnog djelatnika i osobe koja mu se obraća za pomoć, savjet ili praćenje.[137]

Stručnost, angažman i empatija je ono što treba voditi pastoralnog djelatnika u njegovom radu. Pastoralni savjetovatelj za središte svog djelovanja mora imati osobu kojoj će s emaptijom pristupiti, imati sposobnost i volju ući u svijet te druge osobe.

Da bi mogli shvatiti značenje i ulogu pastoralnog savjetovanja, pa tako i savjetovatelja, nužno je uključiti u kontekst poslanja Crkve, koje se sastoji u pomaganju vjernicima da rastu u ljubavi prema Bogu i bližnjima.[138] Uloga savjetovatelja je bitna, jer on može pomoći osobi kako da prevlada otuđenost i udaljenost od Boga i ljudi koja je nastala pod utjecajem raznih bolesti i poremećaja.

4.2.2. Župna zajednica kao mjesto pastoralnog djelovanja

Biskupi i svećenici, kao pastiri, su prvi odgovorni za život i djelovanje zajednice. To se ostvaruje slavljenjem i dijeljenjem sakramenata, vođenjem zajednica, ali i crkvenom pastoralnom praksom među vjernicima.

Posebno je važan, ali i zahtjevan pastoralbolesnika.[139] Briga i skrb oko fizičkih bolesnika je uz pomoć i poticaj župnika, uglavnom dobro organizirana s grupom vjernika. Ali još uvijek postoji problem i nedovoljno je pokriveno područje pastorala osoba sa psihičkim oboljenjima.

Briga i skrb za bolesne osobe, osobe koje boluju od psihičkih poremećaja odgovornost je cijele kršćanske zajednice i temeljna zadaća Crkve. Svjesni smo da ju svi članovi crkvenih zajednica nego moći ostvarivati na isti način.

Za pastoralnog djelatnika koji se želi baviti sa ovakvim vrstama psihičkih oboljenja važno je da se upozna s osnovnim značajkama ovih oboljenja, sa situacijom oboljelih osoba i mogućnostima pastoralnog pristupa.

---

[137] M. SZENTMARTONI, *Osjetljivost za čovjeka*, Glas Koncila, Zagreb, 2009., str. 65

[138] *Isto*, str. 65.

[139] HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za pastoral sakramenata u župnoj zajednici*, Glas Koncila, Zagreb, 2008., br. 174.

U ovome pogledu neizmjerno je važna uloga stručnih savjetodavaca, kao i pripremljenih skupina koje se mogu i trebaju uključiti u ovaj vid skrbi. Uloga psihijatra i dalje je bitna, jer niti svećenik niti pastoralni djelatnik ne mogu zamijeniti njihovu struku. Zato u radu s takvim osobama treba biti oprezan i pažljiv, jer u onom slučaju kada se jasno mogu prepoznati znakovi psihičkog oboljenja, tada je potrebno tražiti pomoć i savjet stručnjaka, a osobu bi trebalo uputiti da potraži pomoć.

Svi ostali vjernici bi trebali učiniti onoliko koliko mogu kako bi pomogli bolesnima, bilo onim sa fizičkim, bilo sa psihičkim oboljenjima. Svaki vjernik uvijek može doprinijeti svojim angažmanom uključivanjem u razne skupine u župnoj zajednici koje su zadužene i vode brigu oko bolesnika. Od izuzetne važnosti za jednu župu je djelovanje karitativne zajednice.

Oni koji mogu i žele to će učiniti tako što će se uključivati u akcije pomaganja, u pripremama i izvođenju stručnih tribina, širenju prigodnih materijala u svrhu pomaganja bolesnima pri tome šireći i promičući djelotvornu ljubav, služenje i solidarnost među ljudima. Netko će to moći učiniti sudjelovanjem u molitvenim susretima za bolesnike na poticaj župnika ili voditelja molitvene skupine.

Župna zajednica bi trebala postati zajednicom prepoznavanja, uvažavanja, pomoći i potpore bolesnima. Dakako, sve to bez podrške i angažmana župnika kao pastira zajednice neće biti moguće.

Župnik u svom pastoralnom djelovanju ima posebnu odgovornost i u odnosu prema bolesnicima, jer oni su njegova posebna briga. Putem navještaja riječi i slavlja sakramenata, posebno sakramenta bolesničkog pomazanja, putem duhovnog vodstva i ukupne pastirske skrbi župnik ostvaruje svoje svećeničko poslanje u ovom području pastorala, koje spada u jedno od najosjetljivijih pastoralnih područja.[140]

4.2.3. Obiteljska savjetovališta

Rad i djelovanje crkvenih obiteljskih savjetovališta te angažman njihovih djelatnika pokazalo se da je neizmjerno bitan i važan u skrbi za psihički oboljele osobe.

[140] Usp. BENEDIKT XVI, *Spe salvi – U nadi spašeni. Enciklika vrhovnog svećenika, prezbiterima i đakonima, zavjetovanim osobama i svim vjernicima laicima o kršćanskoj nadi*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2008., br. 34.

Zahvaljujući ovim savjetovalištima koje posjećuju bračni parovi ili obitelji s problemima i poteškoćama, tijekom tretmana često puta su se otkrili problemi, kao što su anksioznost ili depresija koji su bili ponekad i uzrok problema u mnogim obiteljima i brakovima.

a) *Bračna i obiteljska savjetovališta u Đakovačko – osječkoj nadbiskupiji* - bračna i obiteljska savjetovališta u Osijeku i Slavonskom Brodu djeluju od listopada 2012. godine u sklopu Pastoralnoga odsjeka Đakovačko-osječke nadbiskupije. Mjesto su podrške osobama, bračnim parovima i obiteljima putem psihološkog i duhovnog savjetovanja. Započela su s radom u rujnu 2003. godine kao jedan od projekata Caritasa Đakovačko-osječke nadbiskupije.[141]

- *Vizija bračnog i obiteljskog savjetovališta***:** zajedničko oblikovanje budućnosti osoba, bračnih parova i obitelji prema općeljudskim i kršćanskim vrijednostima.
- *Misija bračnog i obiteljskog savjetovališta***:** savjetovanjem, prevencijom i edukacijom, promicati obiteljske vrijednosti i socijalno povezivanje u lokalnoj zajednici, te razvoj pojedinaca, parova i obitelji.
- *Ciljevi bračnog i obiteljskog savjetovališta*: podrška obitelji, djeci i mladima putem savjetovanja, te kroz preventivno-edukativne programe, promidžbu rada, razvoj volonterstva, suradnju sa drugim udrugama i institucijama, senzibilizaciju javnosti za kulturu savjetovanja.
- *Djelatnosti bračnog i obiteljskog savjetovališta*: stručni poslovi koji se odnose na psihološku pomoć u raznim životnim krizama, te podizanje kvalitete života djece, mladih, te obitelji.

Bračna i obiteljska savjetovališta su multifunkcionalne ustanove u kojima se stručnim i interdisciplinarnim pristupom pruža podrška braku i obitelji u obavljanju njezine uloge, poštujući savjest svakog pojedinca, djelujući u korist cjelokupne društvene zajednice, te općenito doprinosi opće društvenom boljitku. U tom kontekstu, svakako se često počme od depresivnosti ili ankioznosti.

Promotivnim, preventivnim i edukativnim programima djeluju na području tri županije (Brodsko-posavske, Osječko-baranjske i Vukovarsko-srijemske). Savjetovališta ispunjavaju evangelizacijsko poslanje Crkve, djeluju odgojno jer potiču na ljubav i međusobno

[141] http://www.djos.hr/index.php/brak-i-obitelj/bracna-i-obiteljska-savjetovalista/312savjetovalista (stranica konzultirana 6.5.21017)

razumijevanje, toleranciju, odgovornost, postojanost brakova i skladne obiteljske odnose, te na odgovorno roditeljstvo. Tu ne treba isključiti niti one pojedinačne i skupne inicijative koje se ostvaruju u okviru različitih pokreta i skupina u crkvi, kao i onih koje ostvaruju teolozi koji su specijalizirali i psihologiju ili psihoterapiju.

b) *Obiteljski centri,* kao podružnice djeluju u sklopu Centara za socijalnu skrb. U nekim od gradova smješteni su ovi centri: u Osijeku[142], u Vukovaru[143] i u Vinkovcima.[144]

Misija obiteljskog centra je da savjetodavnim, edukativnim i preventivnim programima i aktivnostima promiču ideje obiteljskih vrijednosti te aktivno utječu na podizanje kvalitete života u obitelji poboljšavajući komunikaciju među članovima, olakšavajući odrastanje, pomažući u organiziranju obiteljskog života.[145]

Djelovanje – pojedinima, članovima obitelji i obiteljima nastoje pomoći na više načina. To se odvija u okvirima individualnog, bračno-partnerskog, obiteljskog ili roditeljskog savjetovanja. To mogu biti i edukativni programi, obiteljska medijacija ili kao supervizija psihosocijalnog rada.

c) *Edukacijski centar za bolesnike i njihove obitelji (portal stranica na internetu)* - kojeg su oformili hrvatsko psihijatrijsko društvo i klinika za psihijatriju, KBC Zagreb. Sadržaj ove stranice namijenjen je isključivo u edukacijske svrhe.[146] Teme koje su obuhvaćene: disforični poremećaj, shizofrenija, depresija, poremećaji ponašanja, opsesivno – kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, specifične fobije , socijalna fobija, savjeti za obitelj.

4.2.4. Centar za duhovnu pomoć – Hagioterapija

Pastoralno djelovanje na još jedan konkretan način se ostvaruje kroz otvaranje centara za duhovnu pomoć.U sklopu tih centara koriste se određene terapije. U Hrvatskoj centar za duhovnu pomoć osniva prof. Tomislav Ivančić. Kao predstojnik centra za duhovnu pomoć počinje primjenjivati hagioterapiju, koja se do danas pokazala uspješnom.

[142] Na adresi Lorenza Jagera 12.
[143] Na adresi Alojzija Stepinca 45
[144] Na adresi Šetalište Dionizija Švagelja 2
[145] http://www.czss-zagreb.hr/obiteljski-centar (stranica konzultirana 14.10.2016.)
[146] http://www.psihijatrija.hr/edu/index.php (stranica konzultirana 22.1.2017.)

Prvi centar hagioterapije otvoren je u Zagrebu, zatim Virovitici, Osijeku i Slavonskom Brodu, a do danas u Hrvatskoj se otvorilo takvih centara u 20 gradova.[147]

Temeljna zadaća hagioterapije je ponovno spojiti u jedinstvo Boga i čovjeka, čovjeka osloboditi iz logora smrti, grijeha i Zloga, a to znači produbljivati duhovni život, vratiti čovjeku izgubljenu duhovnu dimenziju, potpuno jedinstvo čovjeka s Bogom.

Hagioterapija je znanost koja proučava čovjekovu duhovnu dimenziju, patologiju duhovne duše, gdje u čovjeku nastaje zlo i razaranje njegove osobnosti i duhovne dimenzije, da bi otkrili uzrok tome i primijeniti pravu terapiju. Ona je namijenjena svim ljudima, kako vjernicima tako i ateistima i pripadnicima svih religija. Ona nije samo molitvena i kršćanska terapija, već je prvenstveno prirodna terapija. Hagioterapija se temelji na prirodnom moralnom zakonu.[148]

Samo je jedan put u novo čovječanstvo: uspostaviti komunikaciju i zajednički život sa Stvoriteljem. Priznati pogrješku prvih ljudi i prihvatiti oproštenje, povratak, spasenje i otkupljenje koje je donio Isus iz Nazareta. To je jedini način da izađemo iz logora i ropstva zemlje, a sve drugo susamo neki pomaci, ali unutar logora. Svi naši napori ne čine ništa nova, ne oslobađaju niti spašavaju, nego nas samo zavode u zabludu. Jedan je put u slobodu, a on se zove susret čovjeka i Boga.

Hagioterapija pokazuje čovjeka sa svim slabostima i sposobnostima, a evangelizacija Boga sa svim velikim planovima za slobodu čovjeka. Trebase otkinuti od ideološkog bijega od Boga i izići izlogora smrti u slobodu života. To je vizija hagioterapije i evangelizacije, kao i Zajednice Molitva i Riječ, zato je potrebno ostati vjeran zajednici, kako bismo svi u njoj po Crkvi donijeli svijetu viziju i stvarnost slobode od zla i slobode za dobro.[149]

U središtu hagioterapije je odluka za život. U središtu čovjekovog dostojanstva je sloboda izbora, i ukoliko čovjek otkriva svrhu svog života kroz ljubav prema određenim vrijednostima, prirodi, samom sebi, partneru i Bogu, slobodan je i opredijeliti se za njih svojim djelima, kojima ne želi ugroziti egzistenciju.

[147] https://www.cdp.hr/?p=144 (stranica konzultirana 12.1.2017.)

[148] Bog je stvoritelj morala. U taj svijet koji je Bog stvorio, Bog je utisnuo svoj moralni zakon. Dao je čovjeku savjest, zakonitost dobra. Čovjek ako je zao postaje nesretan i besmislen. Duhovno zdrav čovjek je pošten, hrabar, strpljiv, podnosi zlo, prašta drugome. On je čovjek koji vjeruje, ima povjerenja u Boga i ljude. On voli prirodu i osobito voli sebe, velikodušan je, radostan, ljubi, ima nade, živi i njega nitko ne može uništiti ni ubiti, on je vječan.

[149] T. IVANČIĆ, *Začetak i razvoj hagioterapije,* Teovizija, Zagreb, 2016., str. 38-39.

Ovaj ponuđeni model duhovne podrške i usmjeravanja na pozitivne vrijednosti i ideale može biti vrlo djelotvoran i plodonosan, posebno za osobe sa depresivnim i anksioznim poremećajima. Osobe treba poticati na mijenjanje negativnih misli i stavova, poticati ih da ponovno otkriju smisao života, usmjeravati ih na ljubav prema samom sebi, Bogu i drugim ljudima.Upućivati ih na povratak i izgrađivanje boljih odnosa u vlastitoj obitelji, ali i prema stručnim osobama koji im mogu pomoći u procesu integracije i socijalizacije s lokalnom i župnom zajednicom u kojoj mogu pronaći svoje mjesto.

Ono što se kod nas javlja kao problem je nedovoljan broj ovakvih savjetovališta i centara u našim regijama. Sve je više potreba da se ovakvo djelovanje mora proširiti i bilo bi korisno otvoriti ove centre u više gradova u Hrvatskoj, jer su sepokazala učinkovita i korisna osobama koji su imali poteškoća.

4.2.5. Pružanje podrške depresivnim i anksioznim osobama kroz konkretan vid pomoći

Svatko od nas se može naći u situaciji da radi, živi ili upozna osobu koja pati od jednog od ovih poremećaja, zato je dobro i korisno znati što učiniti. Ponekad se ovakve osobe ne shvati dovoljno ozbiljno niti im se daje potrebna briga i pažnja. Ne shvaća se težina poremećaja sve dok osoba ne dobije liječničko mišljenje. Dok osoba nije spremna da potraži pomoć liječnika, dug je to proces, a ponekad se može djelovati puno prije nego dok bolest ne zahvati osobu u potpunosti. Tu može mnogo učiniti okolina, članovi obitelji i bližnji poduzimajući određene korake.

Pastoralno savjetovanje u svom radu koristi pristup čovjeku prateći teološki i vjerski pogled na čovjeka, osobu, brak i obitelj, onako kako su definirani u Bibliji i dokumentima, tj. učenju Crkve. U pristupu čovjeku pastoralno savjetovanje se orijentira prije svega na osobu. Osoba je čovjek kojega definiraju njegovi odnosi: odnos sa samim sobom, odnos s drugima i odnos s Bogom.

Pastoralno savjetovanje promatra čovjeka u različitim aspektima u kojima se izražava: tjelesni, emotivni, intelektualni, socijalni i duhovni vid.

Na određene poteškoće osobe se ne gleda samo kao na psihičke poremećaje već u tome promatra problem kao duhovnu i moralnu borbu.

To u praktičnom radu znači izgrađivati bližan odnos s osobom tijekom savjetovanja, a ne samo voditi strogo strukturiran razgovor sa isključivom primjenom terapijskih tehnika. Ovdje taj odnos, *relatio,* često ima prednost pred tehnikom u savjetovanju i više se vrednuje učinak karaktera i zrelosti savjetnika nego korištenje tehnike. Pastoralni savjetnik bi trebao biti dobro upućen u problematiku, posjedovati sklad informacije i formacije, ali imati i određeno znanje teološkog studija, znanosti i duhovnosti potrebno za rad s osobama koji imaju ove poremećaje.[150]

Depresivnog čovjeka nikada ne treba sažalijevati jer to mu ništa ne koristi.[151] Empatijski pristup takvim osobama puno će više učiniti nego da joj pristupimo samo na razinama stručnosti i objašnjavanja o kakvom se poremećaju radi. Pristupiti osobi sa stavom prihvaćanja i želje pomoći joj, bez osuđivanja dotadašnjeg načina života ili stavova, stvoriti ugodno ozračje gdje će se osoba moći lakše otvoriti, neke su od smjernice koje će pomoći da svakodnevni susreti budu uspješniji. Korisni savjeti osobama koji pate od depresivnih poremećaja i njihovim obiteljima su:

a) *Budite ono što uistinu jeste*
b) *Budite proaktivni, a ne reaktivni*
c) *Ne budite žrtva i mučenik*
d) *Vježbajte pozitivno mišljenje*
e) *Umjesto da kritizirate druge, pohvalite ih*
f) *Izrazite svoje osjećaje*
g) *Veselite se tuđem uspjehu*
h) *Budite radije ljubazni nego u pravu*
i) *Budite spremni promijeniti svoja vjerovanja*
j) *Volite ono što radite*
k) *Vizualizirajte pozitivan rezultat*
l) *Njegujte slobodno dijete u sebi*
m) *Otvorite se životu i ljudima*
n) *Učite biti zadovoljni* [152]

[150] M. SZENTMARTONI, *Osjetljivost za čovjeka*, Glas Koncila, Zagreb, 2009., str. 65-72.
[151] M. UTTERS, *Protiv potištenosti, O depresijama i ophođenju s depresijama,* UPT, Đakovo, 2008., str. 68.
[152] M. LEBEDINA MANZONI, *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007., str. 71.

Ako osoba uspije makar neke od ovih prijedloga prihvatiti i provoditi u svakodnevnom životu može se reći da je pomoć bila korisna. Za to treba dosta vremena, strpljenja i angažmana s obje strane. S osobom treba raditi polako, postepeno ju usmjeravati ka izlječenju sve do toga dok ne nastavi u životu normalno funkcionirati, u slobodi i bez straha.

4.3. Utjecaj krjeposti vjere, nade i ljubavi u pastoralnom radu osoba s psihičkim poteškoćama

Utjecaj depresije može imati velike posljedice na jednu od najvažnijih dimenzija ljudskog postojanja, a to je dimenzija smisla života. Na raširenost ovog poremećaja velik utjecaj imaju trendovi poput materijalizma, hedonizma, liberalizma ili nihilizma koji ljude prije ili kasnije ostavljaju praznima, neispunjenima i nesretnima.[153]

Depresija se često javlja u osoba koje nisu našle svoje mjesto u svijetu zbog usmjerenost prema lažnim ili pogrešnim vrijednostima u životu. Kako nisu uspjeli odgovoriti na važna životna pitanja, kod takvih osoba se razvio duboki osjećaj i razmišljanje kao da s njima nešto nije u redu. Nedostatak samopouzdanja i osjećaj vlastite bezvrijednost često su povezani s osjećajem nepripadanja ovome svijetu, kao i neprepoznavanjem svojih pravih talenata i potencijala, niti otkrića životnog poslanja. Strah od neprihvaćanja, odbacivanja ili poraza, kao i sklonost okrivljavanju, potisnut bijes i nesposobnost opraštanja sebi i drugima igraju važnu ulogu u dinamici depresije. Istinska, bezuvjetna i zdrava ljubav često nije bila prisutna u dovoljnoj mjeri u životu bolesnika sa depresijom, tako da nisu uspjeli dovoljno razviti sposobnost opraštanja i zahvalnost.

Duhovni čin ljubavi omogućuje da shvatimo i doživimo autentične potencijale bližnjih, ali i svoje vlastite, te da otkrijemo pravi smisao života. Osobe koje se ne znaju istinski radovati životu teže mogu otkriti pravi smisao života, često puta one traže ili se izgube se u traženju smisla, te nakon besciljnog lutanja i prije okrenu besmislu. Svatko u životu ima svoj specifičan poziv ili osobitu misiju da ostvari neku konkretnu zadaću, u čemu ga nitko ne može zamijeniti jer je povezana s pitanjem smisla njegova života.[154] Međutim, ne pita samo čovjek za smisao života, nego život njemu postavlja pitanja na koja on treba odgovorit.

Cilj života neke osobe ne sastoji samo u samoostvarivanju, već i u autotranscendenciji, odnosno samonadmašivanju.

---

[153] N. VRANJEŠ, Depresija - izazov za vjerničku praksu, u: *Riječki teološki časopis* 20 (2012.) 1., str. 107.

[154] *Isto*.

Bolesnici s depresijom često nisu u stanju kreativno nadići ili duhovno transcendirati životnu situaciju koja im je bila bolna i dati pravi smisao svojemu životu u ljubavi, zahvalnost, opraštanju, darivanju i dobroti.

Kršćanska vjera, s druge strane, u svojim očitovanjima predstavlja poziv na ostvarenje smislenog života u zajedništvu s Bogom i bližnjima u perspektivi nebeskoga kraljevstva. Vjera je stoga vrlo bitan čimbenik pozitivnog životnog stava koji će pomoći osobi kako da se odupre upadanju u depresiju.

Suradnja s poticajima Duha Svetoga i nastojanja oko istinske i iskrene vjere čovjeka vraćaju u ozračje nade, a kršćanska je nada zapravo temelj pozitivnog vjerničkog stava koji čovjeka nosi unatoč svim problemima i protivštinama koje mu nudi svijet.[155] Upravo stav nade, isprepleten s odlučnošću življenja u zajedništvu s Bogom, koji daje pravi život bez kraja, dubok je izvor sveobuhvatne sigurnosti.

Dar života poziv je na sretno i radosno zajedništvo s drugima, od onoga u vlastitoj obitelji, u društvenoj i crkvenoj zajednici, ali i profesionalnoj. Autentični vjerski život izvor je životne radosti i zadovoljstva koji vraća osobu njezinu središtu u kojemu susreće svoga Stvoritelja i Otkupitelja. Na taj način osoba postaje svjesna vlastite vrijednosti pred Bogom. Tek u ispravnom odnosu prema svom Stvoritelju čovjek može razumjeti i prihvaćati svoj život kao dar koji treba čuvati i njegovati.

„Vjerovanje kako je život dragocjeni dar koji treba odgovorno prihvatiti s ljubavlju i zahvalnošću štiti od depresije.“[156] Vjera unosi nezaustavljivo svjetlo u tame života i tako omogućava uvijek novi početak. U tom pogledu svjetlo vjere izuzetno puno pomaže 'izvlačenju' osoba iz tunela očaja i besciljnosti i vraćanju na put smisla koji se, u konačnici, nalazi samo u Bogu. Vjera pokazuje dubine Božje ljubavi koja daje neuništivu hrabrost za život i djelovanje.[157] Istinski vjerski život neodvojiv je od pouzdanja u Božju providnost i vodstvo Duha Svetoga. U njegovu svjetlu nema bezizlaznih situacija za ljude koji se istinski obraćaju i traže Boga, pa bili i u teškim životnim situacijama.

---

[155] N. VRANJEŠ, Depresija - izazov za vjerničku praksu, u: *Riječki teološki časopis* 20 (2012.) 1., str. 108.

[156] Usp. M. JAKOVLJEVIĆ, Duhovnost u prevenciji i liječenju depresije, u: JURČIĆ, M., NIKIĆ, M., VUKUŠIĆ, H., *Vjera i zdravlje. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija*, (2. ožujka 2005.) na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu, Zagreb, 2005., str. 81.

[157] BENEDIKT XVI., *Deus caritas est – Bog je ljubav. Enciklika biskupima, prezbiterima i đakonima, posvećenim osobama i svim vjernicima laicima o kršćanskoj ljubavi*, (25. XII. 2005.), Dokumenti 143, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2006., br. 39.

»...Zato je istina da onaj tko ne pozna Boga, pa gajio on mnogo nade, zapravo bez nade, lišen one velike nade koja je glavni oslonac u životu. Prava, velika čovjekova nada, koja opstaje unatoč svim razočaranjima, može biti samo Bog – Bog koji nas je ljubio i ljubi nas "do kraja", sve dotle "dok se sve ne ispuni" (usp. Iv 13,1 i 19,30). Onaj koga ljubav dotakne počinje shvaćati što "život" stvarno jest…Isus, koji je o sebi rekao kako je došao da mi imamo život i da ga imamo u izobilju (usp. Iv 10,10), također nam je objasnio što znači "život": "A ovo je život vječni: da upoznaju tebe, jedinog istinskog Boga, i koga si poslao – Isusa Krista". Život u pravom smislu nije nešto što smo sami u sebi proizveli i što potječe od nas samih: to je odnos. A život u cjelini odnos je s Onim koji je izvor života. Ako smo povezani s Onim koji ne umire, koji je sam Život i sama Ljubav, tada smo u životu. Tada "živimo".« [158]

Čovjek koji shvati smisao vlastitog postojanja i smisao života lakše će se oduprijeti iskušenjima s kojima se bori suvremeni čovjek. On se neće prepustiti beznađu, neće dopustiti da padne u očaj nego će živjeti u nadi, čak i protiv svake nade.

[158] BENEDIKT XVI., *Spe salvi – U nadi spašeni. Enciklika vrhovnog svećenika biskupima, prezbiterima i đakonima, zavjetovanimosobama i svim vjernicima laicima o kršćanskoj nadi*, (30. XI. 2007.), Dokumenti 149, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2008., br. 27.

ZAKLJUČAK

U ovomu radu pokušali smo obraditi utjecaj anksioznih i depresivnih poremećaja na čovjekov život. Ovi poremećaji ponekad toliko mogu utjecati na pojedinca da mu onemogućavaju normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu.

Na temelju izloženih činjenica te analizom simptoma i rizičnih čimbenika anksioznosti i depresije, možemo zaključiti da ovi poremećaji sve više imaju utjecaja na zdravlje i čovjekov život.

Upoznali smo različite manifestacije navedenih oblika psihičkih poremećaja, koje su nam pomogle kako bi mogli prepoznati o kojem se poremećaju radi. Istaknuli smo koliko je važno prepoznati i otkriti simptome psihičkih poremećaja i promjena raspoloženja da bi se mogla usmjeriti pozornost na rješavanje problema koji su nastali uzrokovane tim poremećajima.

Depresija kao povišeno stanje tuge se u psihologiji definira kao emotivni poremećaj. Ona može varirati u intenzitetu, nekada će se manifestirati u blažem obliku kao melankolija ili kao kronična depresija koja može biti toliko intenzivna da pojedinac u potpunosti prestaje voditi brigu o sebi, te ga se mora liječiti kombinacijom psihoterapije i antidepresivnih lijekova. Ovo je svakako vrlo složen poremećaj raspoloženja.

Anksioznost je najčešći emocionalni poremećaj, koji se javlja kod mlađih i starijih osoba. Reakcija je na stvarnu situaciju opasnosti, u kojoj se javlja strah, a zatim primjerena reakcija koja je manje efektna što je strah veći. Prirodno anksioznost se osjeća kada su osobe suočene sa prijetnjom, opasnošću ili kada su pod stresom.

Otkrili smo kako su posljedice poremećaja raspoloženja u načinu percepcije stvarnosti, a to je povlačenje od vanjskog svijeta, ograđivanje od drugih ljudi, društvenih događaja ili aktivnosti koji podrazumijevaju međuljudsku interakciju.

Depresivna osoba sebe nije u stanju vidjeti pozitivan aspekt bilo koje situacije. Redovito se osjeća nekompetentno ili nesposobno učiniti išta ispravno. Posljedica ovakve percepcije jest gubitak samopouzdanja i osjećaj manje vrijednosti. Na ovaj način osoba samu sebe sprječava izaći iz depresije i iscijeliti se. Ovakva percepcija samoga sebe utječe i na očekivanja obzirom na budućnost koju se promatra kao tjeskobnu, mračnu i turobnu.

Depresivna osoba jednostavno ne vjeruje kako joj se išta pozitivno može dogoditi sada ili u budućnosti, odnosno, postaje beznadna i gubi volju učiniti išta po pitanju svoje depresije, u posebno teškim slučajevima depresije dolazi i do pokušaja samoubojstva.

Osvrnemo li se na utjecaj ovih poremećaja s obzirom na osobni, vjernički ili društveni život pojedinca dolazimo do nekih zaključaka. Budući da su osobe koje su zahvaćene ovim poremećajem neprestano u borbi sa sobom, svojim osjećajima i raspoloženjima one često puta ne vide druge oko sebe, niti žele sudjelovati u svijetu i zbivanjima oko sebe. Žive u neprestanom strahu da će im se nešto loše dogoditi. Za njih su određene situacije, stvari, predmeti, ali ponekad i drugi ljudi samo još jedan vid opasnosti. Spremni su izbjegavati razna društvena zbivanja, nekada je to zbog straha, a nekada je to samo zato što nisu ni za što raspoloženi. Ovakve osobe za društvo nisu nimalo ugodne, jer su često razdražljive, neraspoložene ili plašljive. Vrlo je teško s njima voditi razgovore, jer oni sve oko sebe vide *crno* i često su tužni. Neprestana briga i potreba ugađati im sugovornike dodatno iscrpljuje, tako da s vremenom se ljudi od njih udaljuju i povlače, a oni imaju sve manji krug prijatelja.

Ako promotrimo njihov vjernički život, uviđamo da se najčešće nalazi u krizi. Mogli bi reći, da kod takvih osoba nikada i nije bio autentičan vjerski život na razini. Osoba često sumnja u sebe, vlastite sposobnosti i talente, koje pod utjecajem poremećaja često puta prikriva. Kao vjernik, ima neprestanu potrebu i želju za dokazima Božje ljubavi, u koje iznova sumnja i ne vjeruje da je on, kao i svakio drugi čovjek, ljubljeno Božje biće.

Budući da je kod depresivne osobe sam proces razmišljanja iskrivljen pod pritiskom tuge i opsesivnog iščekivanja loših događaja u budućnosti, takva osoba ne može sama otkriti i riješiti problem, te im je potrebna stručna pomoć. Ovdje se uviđa potreba i važnost terapeuta koji će znati kakvu vrstu terapije treba osobi preporučiti. Nadamo se da je sve do sada navedeno pokazalo potrebu stalne edukacije psihoterapeuta, pogotovo u ovo vrijeme kada se neprestano povećava broj osoba koji pate od anksioznih ili depresivnih poremećaja.

Ukoliko se ispravno pristupi ovim poremećajima depresije i anksioznosti, danas je moguće naći metode i načine kako ih uspješno liječiti. Najčešće je to farmakoterapija, upotreba raznih lijekova, te razni oblici psihoterapija, kao što su: interpersonalna, kognitivno-bihevioristička terapija, geštalt terapija, ali i noviji načini nemedikamentoznog liječenja.

U pokušaju da se zaštite i izliječe oni koji se suočavaju sa ovim vrstama poremećaja, neophodno je za njih otvarati psihosocijalna savjetovališta ili centre.

Praktična i socijalna podrška ima važnu ulogu u olakšavanju oporavka ili barem ublažavanja anksioznih poremećaja. Zato je bitno omogućiti i praktične savjete o tome kako pristupiti odgovarajućim službama koje bi se profesionalno mogle pobrinuti za pacijenta, naročito u ranoj fazi nastanka poremećaja.

Iz svega navedenoga možemo zaključiti kako je važno znati prepoznati, evidentirati i na adekvatan način pristupiti osobi koja boluje od anksioznih ili depresivnih poremećaja. Uz pravovremenu pomoć terapeuta i izbor ciljane terapije, te pravilnu upotrebu lijekova moguće je postići izlječenje ovih poremećaja. No, bez duhovne asistencije i razumijevanja okoline proces će ići znatno teže i sporije.

Upoznavanjem simptoma anksioznih i depresivnih poremećaja, kakve se sve emocije iskazuju te razlikovanje načina života osoba koji imaju ove poremećaje bio je smjer ovoga rada. Mogu li se odvojeno promatrati ovi poremećaji ili treba zajedničko rješenje, to je ono što kod stručnjaka još uvijek stvara dvojbu, ali i izazov za nova istraživanja.

Ono što smatram bitnim je da bi bilo vrlo korisno raditi na otvaranju centara za rad s anksioznim i depresivnim osobama na području naše nadbiskupije. Iako se do sada pokazao uspješnim rad obiteljskih centara i bračnih savjetovališta, ipak za ovaj naš problem to nije dostatno. Ovom problemu potrebno se više posvetiti jer to od nas iziskuje sve veći broj onih koji boluju od ovih poremećaja.

Pastoralni model kojeg bih predložila u radu s anksioznim i depresivnim poremećajima bi se bazirao na terapijama, grupnim i individualnim, za koje bi bili zaduženi psiho-terapeuti i pastoralni savjetovatelji, ali i svećenici, kao pratnja i duhovno vodstvo. Uz emaptiju savjetnika, te stručnost i svu ljubav te brigu za svakog čovjeka dogodile bi se promjene. Kao glavna misija bila bi kako ovim osobama vratiti vjeru u sebe, druge i Boga, kako im pomoći da bez straha i zlih slutnji počnu i nastave normalno živjeti, da se oslobode tereta krivnji i (samo) sažaljenja.

U radu bih preporučila upotrebu kognitivno-bihevioralne terapije, ali i interpersonalne i geštalt terapije. Tu bi se s osobom postepeno kroz razgovor, metode i druge načine dolazilo da onog glavnog problema koji osobu opterećuje i od kojeg je sve počelo. Određenim tehnikama bi se pomoglo da se osoba suoči s vlastitim problemom i poteškoćama.

Uviđam potrebu, dodatnog školovanja, koje bi se i dalje trebalo nastaviti u okviru specijalističkih studija pri pastoralu kriznih situacija. Premalo je stručnog kadra, kao i savjetovališta i centara za ovakav vid oboljenja.

BIBLIOGRAFIJA

Crkveni izvori i dokumenti:

BENEDIKT XVI., *Deus caritas est – Bog je ljubav. Enciklika biskupima, prezbiterima i đakonima,posvećenim osobama i svim vjernicima laicima o kršćanskoj ljubavi*, (25. XII.2005.), Dokumenti 143, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2006.

BENEDIKT XVI., *Spe salvi – U nadi spašeni. Enciklika vrhovnog svećenika biskupima, prezbiterima i đakonima, zavjetovanimosobama i svim vjernicima laicima o kršćanskoj nadi*, (30. XI. 2007.), Dokumenti 149, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2008.

DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Radost i nada - Gaudium et spes, Pastoralna konstitucija o Crkvi u suvremenom svijetu*, (7.XII.1965.), u: Drugi vatikanski koncil, *Dokumenti*, , Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1970.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za pastoral sakramenata u župnoj zajednici*, Glas Koncila, Zagreb, 2008.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA (za uporabu prijevoda na hrvatskom jeziku), *Katekizam Katoličke Crkve*, Glas Koncila, Zagreb, 1994.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Župna kateheza u obnovi župne zajednice. Plan i program*, Hrvatski institut za liturgijski pastoral, Zagreb-Zadar, 2002.

IVAN PAVAO II., *Apostolska pobudnica o zadaćama kršćanske obitelji u suvremenom svijetu, Familiarisconsortio, Obiteljska zajednica*, (22.XI.1981.), KS, Zagreb, 1981.

IVAN PAVAO II., Evanđelje života – *Evangelium vitae. Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života*, (25. III.1995.) KS, Zagreb, 1995.

IVAN PAVAO II., *Fides et ratio - Vjera i razum*, (14.IX.1998.), KS, Zagreb, 1999.

KAŠTELAN, J., DUDA, B., *Biblija*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1991.

Djela:

AMERIČKA PSIHIJTARIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM –IV,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.

AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM – 5,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.

BECK, A. T., FREEMAN, A. D., DENISE, D. i suradnici, *Kognitivna terapija poremećaja ličnosti,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2012.

BETANCOURT, D., *Dolazim ozdravljati: Ustani i hodi*, Knjižnica DON BOSKO „Daj mi duše“,, Rijeka, 2007.

BOURNE, E., BROWNSTEIN, A., GARANO, L., *Oslobodite se tjeskobe i napetosti*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010.

COREY, G., *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004.

DAVISON, G. C., NEALE, J., M., *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.

FILAKOVIĆ, P., MANDI, N., *Socijalni anksiozni poremećaj,* Psihijatrijska klinika, KB Osijek, 2003.

FRANKL, V. , *Patnja zbog besmislena života*, UPT, Đakovo, 1998.

FRANKL, V., *Zašto se niste ubili? Uvod u logoterapiju,* Zagreb, 1997.

FULGOSI, A., *Psihologija ličnosti, teorija i istraživanja,* Školska knjiga, Zagreb, 1987.

GRAČNER, V., MATAUŠIĆ, M., *Kriza, super!,* Tražimo istinu, Zagreb, 2011.

HAUCK, P., *Depresija*, Založba Mladinska knjiga, Ljubljana - Zagreb, 1991.

HAUTZINGER, M., *Depresija,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002.

HOLLANDER, E., SIMEON, D., *Anksiozni poremećaji*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.

HOTERSALL, D., *Povijest psihologije,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2000.

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, MKB 10 *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.

KAST, V., *Životne krize kao životne šanse,* UPT, Đakovo, 2009.

LASEN, R. J., BUSS, D. M., *Psihologija ličnosti,* Naklada Slap, Zagreb, 2007.

LEBENDINA MANZONI, M., *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju,* Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007.

LUKAS, E., *Duhovna psihologija, Izvori smislena života,* UPT, Đakovo, 2006.

LJUBIČIĆ, Đ. i suradnici, *Suicid i duhovnost,* Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, 2010.

MARTINAC, M., VRANIĆ, A., ZAREVSKI, P., ZAREVSKI, Z., *Psihologija za liječnike*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2015.

NABATI, M., *Depresija*: *Bolest ili šansa?,* Alfa, Zagreb, 2006.

NAZOR, M*., Promicanje odgovornosti, pozitivnih društvenih vrijednosti, etičkih i moralnih principa u odgojno-obrazovnom procesu i medijima*, Zavod za javno zdravstvo, Virovitica, 2012.

PETZ, B., *Psihologijski rječnik,* Naklada Slap, Zagreb, 2005.

PETZ, B., *Uvod u psihologiju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2001.

PFEFFER, S., *Bodriti slabe. Dušobrižništvo i suvremena psihijatrija*, Steppress, Zagreb, 1996.

RATHAUS, S. A., *Temelji psihologije,* Naklada Slap, Jasterbarsko, 2001.

SZENTMARTONI, M., *Osjetljivost za čovjeka,* Glas Koncila, Zagreb, 2009.

STANIĆ, I., *Samoubojstvo mladih – velika zagonetka*, Medicinska naklada, Zagreb 1999.

ŠTRKALJ IVEZIĆ, S., VUKOVIĆ, A., *Priručnik za pacijente – program za samopomoć kod anksioznih poremećaja,* 2007. http://www.udrugasvitanje.hr/images/stories/PDF/program_samopomoci_kod_anksioznih_poremecaja.pdf (stranica konzultirana 27.3.2017.)

UGRINA, M.E. pregled knjige R. BLOM, *Priručnik Gestalt terapije igrom: Praktične smjernice za rad s djecom*, Psihika, Zagreb, 2014.

UTTERS, M., *Protiv potištenosti, O depresijama i ophođenju s depresijama,* UPT, Đakovo, 2008.

VULETIĆ, S., *Uvod u opću psihopatologiju, Scripta ad usum privatum*, Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2011/2012.

VULETIĆ, S., *„Psihopatološki" tipovi nezrele i moralno skrupulozne religioznosti*, (Scripta, ad usum privatum), Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2012/2013.

VULIĆ - PRTORIĆ, A., *Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente* (SKAD-62), Naklada Slap, Jastrebarsko, 2003.

VULIĆ - PRTORIĆ, A., *Depresivnost u djece i adolescenata,* Naklada Slap, Zagreb, 2003.

ŽIVKOVIĆ, I., VULETIĆ, S., *Obilježja depresije kod terminalnih bolesnika*, (neobavljeni materijali).

Članci:

BAJS, M., JANOVIĆ, Š., ŠTRKALJ IVEZIĆ, S., Instrumenti u procjeni anksioznosti ianksioznih poremećaja, u: *Medix* XIII (2007.) 71., str. 75-78.

FILAKOVIĆ, P., Terapija depresija kod bolesnika s komorbiditetom, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 59 – 67.

FILIPOVIĆ GRČIĆ, L., Depresija, kako je prepoznati ikako se ponašati prema onima koji pate od nje, u: *Psihijatrija* II (2014.), str. 58-61.

GAŠPER, N., Pitanje o smislu života i otajstvo patnje: Čovjek kao biće zajedništva, u: *Suicid i duhovnost,* veljača (2010.), str. 117-128.

GREGUREK, R., Psihoterapija depresija, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 95-100.

JAKOVLJEVIĆ, M., Duhovnost u prevenciji i liječenju depresije, u: JURČIĆ, M., NIKIĆ, M., VUKUŠIĆ, H., *Vjera i zdravlje. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija*, (2. ožujka 2005.) na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu, Zagreb, 2005. str. 75-86.

JURIĆ, I., Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja, u: *Medix,* 13 (2007.) 71., str. 94.-97.

KOZARIĆ-KOVAČIĆ, D., JENDRIČKO, T., Suicidalnost i depresija, u: *Medicus* 13 (2004.) 1., str. 77 – 87.

KURTOVIĆ, A., Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata, u: *Društvena istraživanja* 21 (2012.) 3., str. 671-691.

KURTOVIĆ, A., SVALINA, N., Neke determinante stavova prema osobama sa psihičkim poremećajima, u: *Mostariensia* 20 (2016.) 1-2., str. 21-39.

MILOJEVIĆ, M., HADŽI PEŠIĆ, M., Interpersonalna psihoterapija, u: *Klinička psihologija* 5 (2012.) 1-2., str. 81-94.

NIKIĆ, M., Utjecaj egzistencijalnih strahova i ratnih psihotrauma na psihološko zdravlje pojedinca i naroda, u: *Zbornik radova – Izgrađivati zrelu osobnost za plodne međuljudske odnose,* Diacovensia, Đakovo, 2014., str. 213-231.

POLJAK, M., BEGIĆ, D., Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata, u: *Socijalna psihijatrija* 44 (2016.) 4., str. 310-329.

SRAKIĆ, M., Formirana savjest – preduvjet zrele ličnosti, u: *Zbornik radova - Izgrađivati zrelu osobnost za plodne međuljudske odnose*, Diacovensia, Đakovo, 2014., str. 105.-125.

ŠTENGL I., Perspektive dijaloga pastorala i trendova aktualne psihoterapije, u: *Bogoslovska smotra* 76 (2006.) 2., str. 429–455.

ŠTRKALJ IVEZIĆ, S., FOLNEGOVIĆ ŠMALC, V., MIMICA, N., Dijagnostika anksioznih poremećaja, u: *Medix* 7 (2007.) 71., str. 55-57.

ŠTRKALJ IVEZIĆ, S., VUKOVIĆ, A., Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja, u: *Medix 7 (*2007.) 71., str. 88-93.

VRANJEŠ, N., Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe, u: *Crkva u svijetu* 46 (2011.) 3., str. 301-317.

VRANJEŠ, N., Depresija – izazov za vjerničku praksu pastoralne mogućnosti i perspektive, u: *Riječki teološki časopis* 20 (2012.) 1., str. 103-116.

ŽIC, A., NIKOLIĆ, B., IGRIĆ, Lj., Utjecaj integrativne gestalt terapije na usvojenost vještina i navika svakodnevnog života, u: *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 33 (1997.) 2., str. 133-142.

Internetski portali:

https://www.bitno.net/lifestyle/dakle-koji-je-taj-istinski-smisao-zivota-i-kako-ga-prepoznati-i-na-njega-odgovoriti(stranica konzultirana 3.5.2017.)

http://www.czss-zagreb.hr/obiteljski-centar (stranica konzultirana 14.10.2016.)

http://www.djos.hr/index.php/brak-i-obitelj/bracna-i-obiteljska-savjetovalista/312-savjetovalista (stranica konzultirana 6.5.21017)

http://dugan.hr/anksioznost-i-zabrinutost/ (stranica konzultirana 11.1.2017.)

http://www.gestalt-drustvo.hr/o-gestalt-psihoterapiji/osnove-gestalt-terapijskog-pristupa(stranica konzultirana 14.2.2017.)

http://misija.slobodnadalmacija.hr/kolumne/duhovnevjezbe/clanak/id/29532/Duhovnost-i-depresija(stranica konzultirana 15.2.2017.)

http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/depresija-i-manija/depresija(stranica konzultirana 14.09.2016.)

http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja(stranica konzultirana 5.10.2016.)

http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html#27132 (stranica konzultirana 3.3.2017.)

http://www.psihijatrija.hr/edu/index.php (stranica konzultirana 22.1.2017.)

http://www.suicidi.info/*Portal za prevenciju suicida,* (stranica konzultirana 4.08.2016.)

http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/.../poremećaji-osobnosti (stranica konzultirana 19.1.2017.)

www.depresija101.com/lijecenje-depresije (stranica konzultirana 25.10.2016.)

www.ezadar.hr/clanak/zimska-depresivnost (stranica konzultirana 10.12.2016.)

www.kako-je-najbolje-lijeciti-depresiju (stranica konzultirana 15.1.2017.)

www.ordinacija.hr/budi-sretan/sretno-dijete/depresija-se-javlja-i-kod-najmladih (stranica konzultirana 10.4.2017.)

www.roditelji.hr/online-ordinacija/depresija-u-adolescenciji (stranica konzultirana 13.5.2017.)

www.ssc.uniri.hr/psiholosko-savjetovaliste/savjeti/depresivnost (stranica konzultirana 11.5.2017.)

http://www.srednja.hr/Novosti/Jeste-li-znali/Kako-prepoznati-depresiju-i-nositi-se-s-njom (stranica konzultirana 4.5.2017.)

http://www.udrugasvitanje.hr/images/stories/PDF/program_samopomoci_kod_anksioznih_poremecaja.pdf (stranica konzultirana 27.3.2017.)