

# Grupna psihoterapija u liječenju paničnog poremećaja

---

**Banaj, Ivana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:058452>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-05**



*Repository / Repozitorij:*

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**GRUPNA PSIHOTERAPIJA U LIJEČENJU PANIČNOG  
POREMEĆAJA**

Završni rad br. 74/SES/2020

Ivana Banaj

Bjelovar, rujan 2020.



**Veleučilište u Bjelovaru**

**Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar**

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Banaj Ivana**

Datum: 26.08.2020.

Matični broj: 001777

JMBAG: 0149221691

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Grupna psihoterapija u liječenju paničnog poremećaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Jasmina Marijan-Štefoković, univ.mag.admin.sanit., član**

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 74/SES/2020

U radu je potrebno opisati kliničku sliku paničnog poremećaja, etiologiju nastanka, biološku i psihodinamsku te opisati metode liječenja.

Kako je grupna psihoterapija jedan od učinkovitih modaliteta liječenja koje mogu provoditi i visoko obrazovane medicinske sestre u radu će se posebno obraditi principi grupne terapije, grupni proces, grupna dinamika, itd. Na kraju rada student će opisati mogućnosti provođenja edukacije za medicinske sestre u Republici Hrvatskoj.

Zadatak uručen: 26.08.2020.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



## *Zahvala*

*Od srca hvala svima koji su mi na bilo koji način pomogli tijekom ove tri godine studiranja.*

*Posebno zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Mariji Kudumija Slijepčević na strpljenju, stručnoj pomoći i savjetima. Hvala za susretljivost svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru.*

*Snažnu podršku tijekom studiranja pružili su mi obitelj, dečko i prijatelji, bez kojih ne bih danas bila ovdje gdje jesam. Hvala im za razumijevanje, nesebičnost i povjerenje!*

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA .....	2
3. METODE.....	3
4. RASPRAVA .....	4
4.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI.....	4
4.1.1. Simptomi anksioznosti.....	4
4.1.2. Vrste anksioznih poremećaja.....	4
4.2. PANIČNI POREMEĆAJ.....	6
4.2.1. Klinička slika paničnog poremećaja .....	6
4.3. ETIOLOGIJA PANIČNOG POREMEĆAJA .....	8
4.3.1. Neurokemijska i neuroanatomska hipoteza .....	8
4.3.2. Hiperventilacijska hipoteza .....	9
4.3.3. Bihevioralne teorije.....	9
4.3.4. Kognitivne teorije .....	10
4.3.5. Psihoanalitičke teorije .....	11
4.4. TESTOVI ZA MJERENJE ANKSIOZNOSTI.....	12
4.4.1. Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente .....	12
4.4.2. Beckov inventar anksioznosti.....	13
4.5. GRUPNA PSIHOTERAPIJA .....	14
4.6. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA ZA LIJEČENJE PANIČNOG POREMEĆAJA .....	16
4.7. GRUPNA TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA .....	18
4.7.1. Okvir i matriks grupe .....	20
4.7.2. Indikacije za grupnu psihoterapiju i grupnu analizu.....	20
4.7.3. Pripreme za početak grupne psihoterapije .....	21
4.7.4. Rad grupe i komunikacija u grupi .....	22

4.8. PROVOĐENJE EDUKACIJE ZA MEDICINSKE SESTRE U RH .....	24
4.8.1. Programi edukacije .....	25
5. ZAKLJUČAK .....	29
6. LITERATURA .....	30
7. OZNAKE I KRATICE .....	32
8. SAŽETAK .....	33
9. SUMMARY .....	34

## 1. UVOD

Panični poremećaj, kao i ostali poremećaji iz skupine anksioznih poremećaja, pripada neurotskim poremećajima. To su emocionalni poremećaji koji su danas prisutni kod ljudi svih dobnih skupina, a naročito kod mladih i odraslih. Osjećaji anksioznosti prisutni su u svakodnevnom životu kod svakoga, primjerice trema pred javni nastup, ispit ili važan poslovni sastanak. Zabrinutost, uznemirenost ili napetost osjećaju osobito ljudi suočeni s opasnošću, prijatnjom ili oni koji su pod velikim stresom. Ti osjećaji su sasvim normalni sve dok ih možemo donekle kontrolirati. No, kada se ti osjećaji počnu javljati svakodnevno u nekim uobičajenim životnim situacijama, bez povoda, u kojima nismo izloženi stresu ili opasnosti, tada je potrebno potražiti stručnu pomoć. Naime, kada se ti osjećaji pretvore u jake emocionalne ispađe, tada govorimo o anksioznim poremećajima.

Panični poremećaj jedan je od anksioznih poremećaja. Osim paničnog poremećaja, u skupinu anksioznih poremećaja ubrajaju se i fobije, opsesivno-kompulzivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj. Panični poremećaji često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima. Anksiozni poremećaji manifestiraju se kroz čitav spektar najrazličitijih promjena uz emocionalne, kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome. Nastaju djelovanjem različitih biologijskih, psiholoških, genetskih i socijalnih čimbenika. Kako bi se uspješno liječili, potrebno je pravovremeno reagirati i odmah nakon uočenih prvih simptoma konzultirati se s liječnikom koji će tada pacijentu odrediti pravu terapiju. Za liječenje paničnog poremećaja iznimno je važna grupna terapija koja je pokazala jako dobre rezultate.

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. U novije vrijeme uvodi se i terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti (*eng. mindfulness based therapy*) (1).

## **2. CILJ RADA**

Cilj je ovoga završnog rada opisati kliničku sliku paničnog poremećaja, etiologiju nastanka i metode liječenja. Kako je grupna psihoterapija jedan od učinkovitih modaliteta liječenja koje mogu provoditi i visokoobrazovane medicinske sestre, u radu se posebno obrađuju načela grupne terapije, grupni proces, grupna dinamika i druga. Opisuje se i mogućnost provođenja edukacije za medicinske sestre u Republici Hrvatskoj.



### **3. METODE**

Prilikom pisanja završnog rada korištena je stručna i znanstvena literatura dostupna u knjižnici Veleučilišta u Bjelovaru, gradskim knjižnicama na studijskim odjelima te na internetu. Kod traženja literature na internetu (stranice Hrčak, Pub Med, Google Scholar i sl.) najviše su korišteni pojmovi grupna psihoterapija i liječenje paničnog poremećaja.

## **4. RASPRAVA**

### **4.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI**

Anksiozni poremećaji opisani su kao neugodno čuvstvo tjeskobe, napetosti, nesigurnosti i bojazni, koje je praćeno aktivacijom autonomno živčanog sustava (2). Uzroci nastanka anksioznosti su manje jasni. U anksiozne poremećaje možemo ubrojiti mnoge različite poremećaje koji se najčešće pojavljuju kao rezultat nemogućnosti kontrole reakcije na prijetnju ili opasnost (3). Anksiozni poremećaji često se javljaju s drugim poremećajima, poput poremećaja s deficitom pažnje, hiperaktivnošću, zlouporabe supstancija ovisnosti, bipolarnog poremećaja, sindroma kronične boli, poremećaja spavanja i drugih poremećaja. Anksioznost se može podijeliti u dvije ključne komponente, a to su zabrinutost i strah, prisutne u svim anksioznim poremećajima, ali međusobno se razlikuju po okidačima koji su ih uzrokovali (4).

#### **4.1.1. Simptomi anksioznosti**

Anksioznost ima tjelesna i subjektivna obilježja. Tjelesna obilježja anksioznosti su rezultat pobuđenosti simpatičkog dijela autonomnog živčanog sustava. To su: prekomjerno znojenje, drhtanje, povišeni krvni tlak, ubrzani rad srca i malaksalost. Subjektivna obilježja su: nesposobnost opuštanja u pojedinim situacijama kao i u svakodnevnim događanjima, strah da će se nešto dogoditi, plašljivost i strah od gubitka kontrole nad nekim situacijama (3). Međutim, simptomi anksioznog poremećaja uvelike se preklapaju sa simptomima velikog depresivnog poremećaja, npr. poremećaj spavanja, umor, smetnja koncentracije, pobudljivost i smetnja psihomotorike (5).

#### **4.1.2. Vrste anksioznih poremećaja**

Dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje predlaže šest temeljnih kategorija poremećaja koji pripadaju anksioznim poremećajima. To su: fobije, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj.

Fobije se definiraju kao izbjegavanje nečega što prekida normalni tijek života, a posredovano je strahom, nerazmjerno stvarnom opasnosti od nečega (6). Neke od poznatijih fobija su klaustrofobija, agarofobija i akrofobija. Agarofobični strahovi se javljaju u situacijama u kojima je osoba sama izvan kuće, u gužvi ili putuje autobusom, automobilom ili vlakom. Agarofobija se češće dijagnosticira kod žena. Može se dijagnosticirati i kada postoji anamneza paničnog poremećaja jer su najčešće ta dva poremećaja povezana, tj. javljaju se jedan uz drugoga (6).

Panični poremećaj je vrsta anksioznog poremećaja u kojemu se javlja neobjašnjivi strah i uznemirenost. Opsesivno-kompulzivni poremećaj je anksiozni poremećaj u kojemu je um opterećen mislima koje nije moguće u cijelosti kontrolirati ili osoba mora stalno ponavljati određene radnje (6).

Generalizirani anksiozni poremećaj je anksioznost i zabrinutost koja se javlja u većini dana u vezi s određenim aktivnostima ili događajima. Posttraumatski stresni poremećaj ili PTSP je reakcija na određeni stres uz povećanu anksioznost. Akutni stresni poremećaj je, za razliku od PTSP-a, kratkotrajni anksiozni poremećaj koji nastaje tijekom izlaganja snažnom stresu (2).

## **4.2. PANIČNI POREMEĆAJ**

Panični poremećaj je anksiozni poremećaj koji karakteriziraju neobjašnjivi i iznenadni napadi straha i uznemirenosti, a prate ih uznemirenost, lupanje srca, teškoće s disanjem, drhtanje i vrtoglavica (2). Panični napad karakterizira prisutnost mnogobrojnih simptoma, prvotno se javlja kratkotrajno razdoblje intenzivnog straha te se u tome razdoblju razviju najmanje četiri od sljedeće navedenih simptoma: znojenje, drhtanje ili treskavica, palpitacija ili nepravilan rad srca, lupanje srca, ubrzan puls, osjećaj nedostatka zraka, bol u prsima, osjećaj gušenja, mučnina, želučane tegobe, nesigurnost, ošamućenost, vrtoglavica, nesvjestica, derealizacija (osjećaj nestvarnosti), depersonalizacija (osjećaj odvojenosti osobe od same sebe), strah od smrti ili od gubitka kontrole, parestezija (osjećaj bockanja), navale osjećaja hladnoće ili topline.

Napadi panike su česti i pogađaju čak 10 % stanovništva u jednoj godini. Iako se većina ljudi oporavi bez liječenja, neki ipak dobiju panični poremećaj. On je rijedak, pogađa svega 2-3 % stanovništva u razdoblju od jedne godine. Panični poremećaj obično započinje kasno u adolescenciji ili u mlađoj odrasloj dobi. Žene obolijevaju 2 do 3 puta češće nego muškarci (7).

### **4.2.1. Klinička slika paničnog poremećaja**

Prema MKB 10, bitno su obilježje povratni napadaji koji nisu ograničeni ni na koji skup ili priliku i zbog toga su napadaji nepredvidivi. Glavni simptomi uključuju iznenadni početak lupanja srca, osjećaj gušenja, bol u prsima, vrtoglavicu ili osjećaj nestvarnosti (derealizacija ili depersonalizacija). Kod pacijenta često postoji sekundarni strah od gubitka kontrole, umiranja ili strah da će poludjeti. Ako je pacijent u trenutku napadaja imao depresivni poremećaj, tada panični poremećaj ne treba postaviti kao glavnu dijagnozu jer je panični napad vjerojatno sekundaran u odnosu na depresiju. Početak paničnog poremećaja je obično uobičajeni panični napad. Nakon što pacijent doživi napad, on ga navodi da se obrati liječniku za medicinsku pomoć. Pacijent obično doživljava simptome koji ga navode da se radi o drugim stanjima, poput infarkta miokarda ili inzulta. Sljedeći napad ne mora nastupiti odmah, može proći i duže vrijeme do njega, ali isto tako može se nastaviti i s redovnim napadajima panike. Pacijent odmah nakon prvog napada osjeća strah i tjeskobu zbog mogućih

sljedećih napada. Kod nekih se čak manifestiraju noćni napadi koji su toliko jaki da ih probude iz sna.

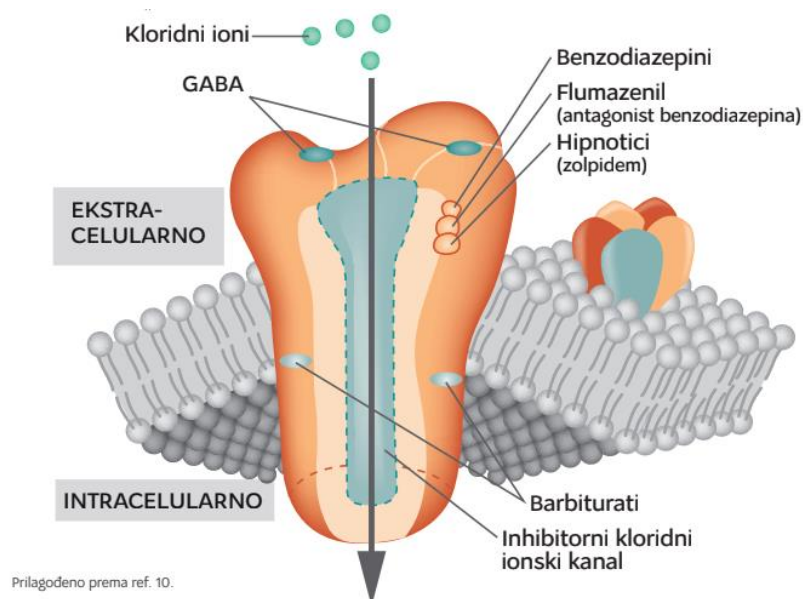
S napredovanjem poremećaja raste i pacijentov strah, postaje bojažljiviji, povlači se, osjeća sigurnost jedino u svome domu i samim time izbjegava socijalni kontakt i druženja. Također izbjegava i situacije koje ga podsjećaju na prethodni napad ili one situacije u kojima ima osjećaj da neće moći pobjeći. Posebnu pozornost obraća na situacije u kojima, ako mu se nešto dogodi, neće moći odmah dobiti potrebnu pomoć, npr. planinarenje, šetnje na mjestima na kojima nema ljudi i slične. Pacijenti s dijagnozom paničnog poremećaja uvjereni su da boluju od neke teže somatske bolesti sve dok se ne educiraju o simptomima paničnog poremećaja. Naročito je prisutan sram i pokušaj skrivanja simptoma od okoline.

## 4.3. ETIOLOGIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

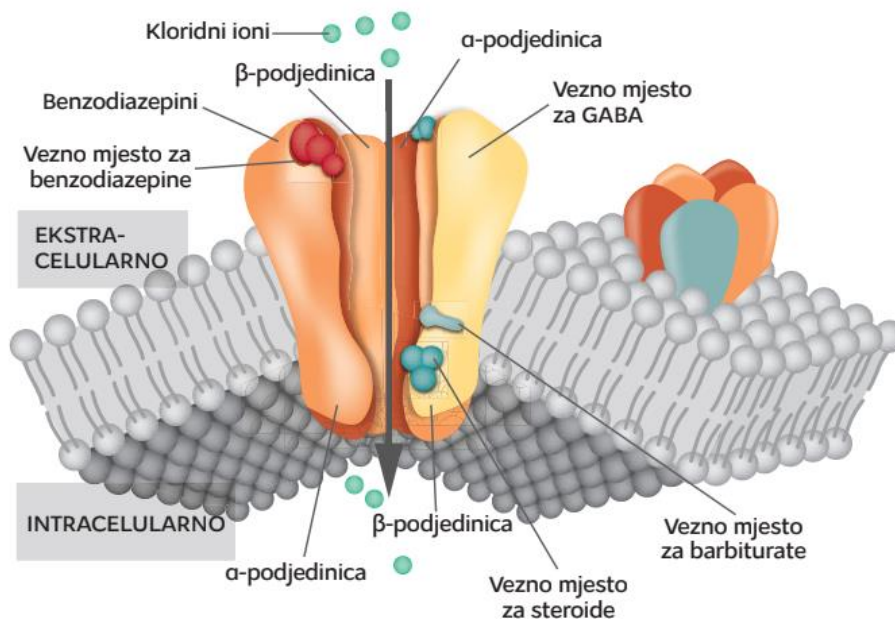
### 4.3.1. Neurokemijska i neuroanatomska hipoteza

Za panični poremećaj razlikuju se tri komponente, a to su: anticipirajuća anksioznost, akutni panični napad i fobično izbjegavanje. Sve tri komponente rezultat su ekscitacije (uzbuđenja) triju moždanih sustava: limbički režanj, moždano deblo i prefrontalni korteks. Pretpostavlja se da navedeni sustavi i moždani krugovi predstavljaju osnovu bolesti. S druge strane, psihološki mehanizmi su sekundarni. Kleinova pretpostavka je da je panični poremećaj zapravo sličan epilepsiji s pražnjenjima aktivnosti koje se ne mogu kontrolirati u dijelovima mozga, koji reguliraju anksioznost. Osim Kleinove pretpostavke, Heninger i Charnev pretpostavljaju da su panični napadi rezultat disregulacije noradrenergičnog sustava i naglašavaju ulogu LC-a (*locus coeruleus*) u razvoju straha kod primata.

Provedeno je istraživanje u kojemu je dokazano da izravna stimulacija LC kod majmuna rezultira odgovorom koji je nalik ljudskom napadu panike. Uklanjanjem LC dobije se rezultat koji pokazuje manji strah u prisutnosti anksiozno provocirajućeg stimulusa. Glavni neurotransmiteri uključeni u razvoj poremećaja su: serotonin, gama-aminomaslačna kiselina (GABA) i noradrenalin (8).



Slika 4.1. Prikaz GABA-receptora (8)



Slika 4.2. Molekularna struktura GABA-receptora i receptorska mjesta (8)

### 4.3.2. Hiperventilacijska hipoteza

Osobe s paničnim poremećajem pod stresom dišu frekvencijom koja nadilazi metaboličke potrebe. To znači da izdišu više  $\text{CO}_2$  nego što ga proizvode. To rezultira respiratornom alkalozom i tjelesnim senzacijama. Osobe koje se liječe od paničnog poremećaja imaju niže vrijednosti  $\text{CO}_2$  i za vrijeme mirovanja u usporedbi sa zdravim osobama. Uspješni tretman liječenja uvijek uključuje vježbe kontrole disanja (8).

### 4.3.3. Bihevioralne teorije

Bihevioralne teorije pomažu u pokušajima razumijevanja kako nastaje panični poremećaj. Uglavnom se odnose na asocijaciju paničnog napadaja s nekom konkretnom životnom situacijom, tj. na naučeno ponašanje. Kod bihevioralnih teorije primjećuje se i operantno kondicioniranje ili uvjetovanje i instrumentalno učenje u svrhu modificiranja ponašanja kako bi osobe koje boluju od paničnog napada mogle u budućnosti izbjeći događaj koji dovodi do napadaja. Primijećeno je da dolazi i do generaliziranja podražaja koji izazivaju napad panike. Zahvaljujući tome, neka se mjesta, događaji i situacije mogu lako povezati s

nastankom paničnog napadaja. Raspravljalo se i o tome da je panični poremećaj fobija u kojoj su podražaji za napad unutarnje prirode, a ne vanjske.

B. F. Skinner uveo je zakon potkrepljenja, kojim tvrdi da pozitivno potkrepljenje znači da će se vjerojatnost pojave određenoga odgovora u prisutnosti nekog događaja povećati, a s druge strane negativno potkrepljenje povećava vjerojatnost pojave odgovora u odsutnosti nekog događaja.

Dvofaktorsku teoriju anksioznosti razvio je O. H. Mowrer. Teorija se sastoji od operantnog i klasičnog uvjetovanja. Kada osoba s anksioznim poremećajem reagira na neutralni podražaj, on postaje uvjetovani podražaj. Taj podražaj zatim dovodi do straha i osoba ga izbjegava. Izbjegavajući situacije u kojima bi se strah mogao pojaviti, ne uništava strah, nego ga samo pojačava (9).

#### **4.3.4. Kognitivne teorije**

Clarkov kognitivni model kazuje da osobe koje su oboljele od paničnog poremećaja povezuju svakodnevne tjelesne promjene, kao što je ubrzan puls u određenim trenucima, s prijetnjom, u ovom slučaju da se npr. nešto opasno događa sa srcem. Na taj način sve somatske senzacije asocirane su sa strahom koji vodi u panični napad.

Nakon prvog napadaja svaki sljedeći počinje s više tjelesnih senzacija. Na tjelesne senzacije oboljeli reagiraju s još većim strahom i tjeskobom te s pojavom mnogo više tjelesnih senzacija.

Na taj način povećava se broj strahova i tako se pogoršava opće stanje oboljelog od paničnog poremećaja. Zahvaljujući tim spoznajama, došlo je do primjena tehnika relaksacije, kognitivne terapije i osvješćivanja u liječenju paničnog poremećaja.

Kod osoba s paničnim poremećajem događaj neće izazvati reakciju osobe ako nije percipiran. Jedna ga osoba može percipirati kao pozitivan a druga kao negativan (10).



#### 4.3.5. Psihoanalitičke teorije

Sigmund Freud stvorio je nove tehnike za razumijevanje ljudskog ponašanja i vrlo opsežnu teoriju ličnosti i psihoterapije. Njegov sustav je model razvoja ličnosti, psihoterapijska metoda i filozofija ljudske prirode.

Psihoanaliza je utjecala na mnoge druge znanstvene discipline koje se bave čovjekom u cjelini. S druge strane, te su discipline pridonijele razvoju psihoanalize jer je od njih dobivala korisne poticaje za razvoj. Psihoanaliza se još određuje i kao pristup liječenju mentalnih poremećaja. Ona je proces otkrivanja, interpretacije i analize konflikata koji determiniraju ponašanje pojedinca. Psihoanaliza, za razliku od drugih pristupa, ne ukazuje samo na klijenta nego i na terapeuta. Prema psihoanalitičkom stajalištu, ličnost se sastoji od ida, ego i superega. Id je glavni izvor psihičke energije. Odmah nakon rođenja imamo samo id. Ne podnosi napetost, nastoji je brzo ukloniti i pokušava uspostaviti ravnotežu. Id nikada ne sazrijeva i ne razmišlja, on samo želi i djeluje. To je ukratko nesvjestan dio ličnosti. Ego je povezan sa stvarnim svijetom. Ego kontrolira ličnost i uređuje ju, upravlja sviješću, misli realistično i logično te razlikuje mentalne slike od vanjskog svijeta. Superego uključuje čovjekov moral, tj. određuje je li nešto dobro ili loše, pogrešno ili ispravno. On ne teži ugodi, nego savršenstvu i ne predstavlja stvarno, nego idealno. Njegova uloga je zaustaviti id, uvjeriti ego da svoje ciljeve zamijeni moralističkima i teži savršenstvu (11). Psihoanalitičke teorije koncipiraju panični napad kao neuspjeh obrambenih mehanizama protiv anksiozno provocirajućih stimulusa. Razlog njihove pojave obično je gubitak roditelja u djetinjstvu ili odvajanje od važnih figura. Potječu od Freudove hipoteze koja govori da nastaju zbog nepotpune supresije neprihvatljivih impulsa iz ida. Freud je revidirao teoriju te konceptualizirao anksioznost kao upozorenje ego da se nalazi u opasnosti. Nakon toga pacijent razvija neurotične simptome da bi se smanjila signalna anksioznost. Ova teorija tvrdi da je nesvjesni psihički konflikt glavni uzrok paničnog poremećaja.

Prema Freudovom psihoanalitičkom stajalištu, korijeni triju područja osobnog i društvenog razvoja (povjerenje i ljubav, izlaženje na kraj s negativnim osjećajima i razvoj prihvaćanja seksualnosti) potječu iz prvih šest godina čovjekova života.

Godine 1926. Freud je objavio knjigu pod nazivom „Inhibicija, simptom i anksioznost“, u kojoj navodi da je glavni problem neuroze anksioznost (12).

## **4.4. TESTOVI ZA MJERENJE ANKSIOZNOSTI**

### **4.4.1. Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente**

SKAD-62 skala je koja služi za ispitivanje straha i anksioznosti kod djece i adolescenata. Dob ispitanika je od 10 do 18 godina starosti. Skala se koristi u svrhu kliničke procjene, praćenja i evaluacije, planiranja psihološkog tretmana, znanstvenih istraživanja i savjetovanja. Utemeljena je na rezultatima kliničkih istraživanja, opisa anksioznih simptoma, teoriji opisivanja aktivnosti te poremećaja i sindroma u DSM-VI klasifikaciji. SKAD-62 sastoji se od 62 čestice. One opisuju najčešće simptome, strahove i sindrome anksioznosti, koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji. Skala se sastoji od 8 subskala:

- Skala separacijske anksioznosti
- Skala ispitne anksioznosti
- Skala socijalne anksioznosti
- Skala opsesivno-kompulzivnih simptoma
- Skala anksiozne osjetljivosti/paničnih napada/agorafobije
- Skala zabrinutosti
- Skala specifičnih strahova i fobija
- Skala somatizacije.

Može se primijeniti grupno ili pojedinačno. Vrijeme koje ispitanici imaju za odgovaranje je otprilike 15 minuta. Njihovi odgovori se potom bilježe na ljestvici koja se sastoji od pet stupnjeva.

Cronbach alfa koeficijenti ili koeficijenti unutarnje konzistencije izračuni su kojim je testirana pouzdanost mjernih ljestvica. Za pojedine skale utvrđeni su na normativnom uzorku od 300 ispitanika (djece i adolescenata) i kreću se od 0.67 do 0.87. Za cijelu skalu koeficijent unutarnje konzistencije iznosi 0.95 (13). Cronbach koristi pristup na razini pitanja, tj. logiku konzistencije dvaju dijelova testa spušta na razinu konzistencije između pitanja. Svako pitanje promatra se kao jedna paralelna mjera. U jednom testu ima onoliko mjera koliko ima pitanja (14).

Osim „Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente“, za djecu je razvijena i posebna inačica „Upitnika anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti“ - „Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju“.

#### **4.4.2. Beckov inventar anksioznosti**

Beckov inventar koristi se za mjerenje anksioznosti i razlikovanje depresije od anksioznosti. Čini ga 21 čestica na koje ispitanici odgovaraju koristeći ljestvicu s bodovima od nula do tri. Nula označava da se kod ispitanika ne pojavljuju simptomi, a tri označava da je simptom jako izražen. Veći zbroj bodova na kraju ispitivanja znači veći stupanj anksioznosti kod ispitanika. Testiranje traje 5-10 minuta i koriste ga isključivo odrasli ispitanici. Inventar je vrlo jednostavan za korištenje i dostupan je u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Koristi se i u Hrvatskoj. Rezultati dobiveni na Beckovom inventaru pokazali su dobro podudaranje s drugim instrumentima mjerenja anksioznosti, npr. „Hamiltonova ocjenska ljestvica“ ili „Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti“.

Cronbach alfa kreće se od 0.9 do 0.94. Testiranje je provedeno na velikom uzorku zdravih odraslih osoba (15). Za procjenu anksioznosti kod odraslih osoba, osim „Beckovog inventara anksioznosti“ koriste se još i „Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost“, „Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti“ i „Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost“.

## 4.5. GRUPNA PSIHOTERAPIJA

Čovjek je prije svega društveno biće. Socijalizacija, odnosno kontakt i razgovor s drugim ljudima imaju veliko značenje za psihičko i fizičko zdravlje svakog čovjeka. Upravo zbog toga što je čovjek društveno biće, pojavila se ideja o grupnoj psihoterapiji. Osim psihoterapije, za liječenje anksioznih poremećaja koriste se i brojni lijekovi kao i ostale vrste terapija. Lijekove možemo podijeliti u dvije skupine: anksiolitike i antidepresive. Neki od anksiolitika koji se koriste (ili su se koristili) za takvu vrstu poremećaja su: barbiturati (imaju sedativni i hipnotički učinak, više se ne koriste), benzodiazepini (u većoj dozi imaju hipnotički učinak), nebenzodiazepinski anksiolitici (nemaju sedacijski učinak). Antidepresivi su više u upotrebi. Neki od njih su: selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (Paroxin, Seroxat, Zoloft, Fevarin, Prozac, Escital, itd.), inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (Alventa, Velafax, Efexiva), triciklički antidepresivi (Tofranil, Anafranil), inhibitori monoaminooksidaze (Aurorix), noradreninergički i specifični serotoninergički antidepresivi (Mirtazen, Calixta), inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (Wellbutrin). Od ostalih lijekova koriste se beta-blokatori (Ormidol, Propranolol, itd.), antiepileptici (Lyrica), antipsihotici (Risset, Zyprexa, itd.) (16). Osim lijekova i grupne psihoterapije, postoji još nekoliko vrsta terapije. To su: kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamska terapija, obiteljska terapija, interpersonalna terapija, razne tehnike relaksacije, hipnoze, stimulacijske metode itd. Grupna psihoterapija je jedan od oblika liječenja pacijenata sa psihičkim poremećajima. Sadržava kombinaciju terapijskih elemenata koji pružaju pozitivan učinak na liječenje pacijenata sa psihičkim poremećajima (17). Sudionici se kroz duži vremenski period sastaju sa psihoterapeutom i zajednički rješavaju svoje probleme. Tijekom psihoterapije može se pomoći pacijentu na više načina. Neki od njih su, primjerice, da se pacijent djelotvornije suočava sa stresom na emocionalnom i tjelesnom planu, da smanji osjećaj tjeskobe, da se sa svakodnevnim frustracijama suoči na konstruktivan način, da nauči postavljati sebi dostupne i prihvatljive ciljeve, ali da prihvati nemogućnost ostvarenja nekih ciljeva i, što je najvažnije, da prepozna svoje potencijale i počne se služiti njima.

Razlikujemo dvije vrste psihoterapije, tj. dva pravca:

- klasična grupna psihoterapija
- novi pravci grupne psihoterapije.

Osnovna uloga klasične grupne psihoterapije je da se grupa nalazi prvenstveno radi liječenja. Ona se razvijala uz psihoanalizu i prevladavala je u prvoj polovici dvadesetog stoljeća. Novi pravci psihoterapije zaživjeli su tek u šezdesetim godinama kao odraz kritike psihoanalize i socijalnog pokreta koji je zagovarao oslobođenje ljudskih potencijala. Oni su se temeljili više na edukativno-humanističkom modelu nego na medicinskom. Pružili su pacijentima nove poglede u očuvanju mentalnog zdravlja i poboljšanje kvalitete života (18).

## **4.6. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA ZA LIJEČENJE PANIČNOG POREMEĆAJA**

Dok kognitivna terapija djeluje prvenstveno na kogniciju i nakon toga dugoročno na ponašanje, bihevioralna djeluje prije svega na ponašanje, a nakon toga i na kognitivne procese. Dosadašnje iskustvo pokazalo je da tehnike iz obaju pristupa daju dobre rezultate, tj. uspješno se nadopunjavaju. Zbog toga se te dvije terapije kombiniraju (19). Za oba pristupa naglašena je potreba za provjerama svih terapijskih postupaka i teorijskih koncepata. Evaluacija se smatra integralnim dijelom (20).

U kognitivno-bihevioralnoj terapiji nije uvijek pravilo da se kombiniraju obje tehnike ali važno je naglasiti da se rezultati terapije procjenjuju u ponašajnim terminima (20). Ova se terapija koristi u tretmanu pacijenata s različitim anksioznim poremećajima (npr. panični poremećaj). Cilj nije uklanjanje anksioznosti u potpunosti, nego učenje pacijenta raznim tehnikama i vještinama kontrole nad anksioznim simptomima. Svrha je terapije lakši život i bolje funkcioniranje u svakodnevnim situacijama (21).

U terapiji je najvažnije izlaganje. Ono se temelji na pretpostavci da anksiozni pacijenti izbjegavaju sadržaj i situacije kojih se boje, a time održavaju anksioznost. Izlaganje je važno jer su pacijenti, nakon što se suoče sa strahovima i podražajima koji izazivaju anksioznost, jedno vrijeme u kontaktu s tim podražajima. Nakon toga uočavaju da se ne javljaju negativne posljedice kao što su očekivali. Na taj način se smanjuje njihova anksioznost. Ako su kod pacijenta izvori anksioznosti unutarnji, tada se koristi imaginarno izlaganje. U njemu se pacijenti ne suočavaju s podražajima u stvarnosti, nego zamišljaju stresnu situaciju ili ih terapeut potiče na razmišljanje o izvoru anksioznosti (22).

Vježbe disanja i opuštanja također su korisne u tretmanu anksioznih poremećaja bilo koje vrste. Većina se temelji na varijacijama relaksacije koju je 1938. godine razvio Edmund Jacobson. Sastoji se od naizmjeničnog zatezanja i opuštanja pojedinih mišića tijela. Ove vježbe rade se s ciljem da pacijenti stvore sposobnost kontrole nad svojim tjelesnim odgovorima (22). Vježbe disanja uglavnom se zasnivaju na učenju pacijenta dijafragmalnom disanju.

Osim toga, postoji i terapijski postupak koji je osmislila Francine Shapiro 1995. godine. Taj postupak naziva se EMDR (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*). Ovaj oblik terapije osmišljen je kao kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na

olakšavanje procesuiranja traumatskih događaja koje doživljavaju pacijenti. Na kraju tretmana pacijent bi trebao biti u stanju traumatski događaj, koji je prethodno izazivao anksioznost, zamisliti uz jako malu razinu napetosti i uz pozitivne misli (23).

Postoje još neki oblici terapije, tj. tretmana koji se koriste u liječenju anksioznih poremećaja, npr. tretmani specifični za opsesivno-kompulzivni poremećaj ili postraumatski stresni poremećaj.

Kognitivno-bihevioralna terapija jako je pouzdana terapija za anksiozne poremećaje. Dokazana je učinkovitost za panični poremećaj. Rezultati ove terapije su u usporedbi s farmakoterapijom slični, a ponekad i bolji (24). Izvrsni rezultati postižu se ovom terapijom ako se ista provodi u vođenim grupama zato što je učinak na pacijenta jači zbog utjecaja grupe.

## 4.7. GRUPNA TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

Kao što njezin naziv govori, grupna terapija uključuje psihoterapiju u grupnom okruženju. Jedan ili više stručnjaka u području psihijatrije vodi postupak terapije. Oni su odgovorni za planiranje grupnih aktivnosti, provjeravanje članova, određivanje teme o kojoj će se raspravljati, određivanje ciljeva grupe i općenito njeno vođenje. Terapeut određuje opću strukturu sastanaka grupne terapije, kao što su vrijeme, mjesto i datum održavanja. Grupa se sastaje na određenome mjestu u trajanju od jednog do dva sata tjedno. Sastanci grupe mogu biti ograničeni i mogu trajati nekoliko tjedana ili više. U većini skupina broj članova je od tri do petnaest. Voditelj grupe određuje hoće li grupa biti otvorenog tipa, odnosno da se novi članovi mogu pridružiti u bilo koje vrijeme, ili će to biti zatvorena skupina koja tijekom cijelog perioda trajanja grupe zadržava iste članove.

Na početku sastanka grupe stolice su obično raspoređene u krug. Na taj način se članovi lakše povezuju i međusobno otvaraju jedni drugima. Proces terapije se odvija u fazama. Prva faza je formiranje. Tijekom ove faze sudionici se međusobno predstavljaju i upoznaju. U drugoj fazi članovi detaljnije upoznaju svoja stanja i načine na koje rješavaju probleme. To se omogućuje raznim vježbama, raspravama o napretku, postavljanjem ciljeva i drugim grupnim aktivnostima. Tijekom završne faze sudionici počinju određivati kako primijeniti u životu ono što su naučili za vrijeme trajanja grupe i doznaju načine kako zadržati uspjeh i nakon tretmana.

Neke od najčešćih prednosti grupne terapije za panični poremećaj su:

- **Socijalna podrška** – Mnogi ljudi s paničnim poremećajem imaju problema s osjećajem usamljenosti i izolacije. Naravno, tu im prijatelji i obitelj pokušavaju biti podrška, ali nisu stručni u tome kako razumjeti njihovu borbu protiv poremećaja. Grupna terapija svojim članovima pruža osjećaj pripadnosti i omogućuje im da stvore vještine koje će ih povezati s drugim ljudima. Nemaju svi članovi grupe ista iskustva s paničnim poremećajem, ali drugi članovi će lakše moći razumjeti njihovu borbu protiv toga i borbu sa simptomima paničnog poremećaja. Uz druge članove, osjećaju se sigurno i uz veliku podršku međusobno dijele svoj napredak, zapreke, težnje i ciljeve.
- **Poticaj i nadahnuće** – Grupna terapija nudi prihvaćanje svojih članova, ali pruža im i poticaj. U ljudskoj je prirodi da je čovjek skloniji radu i osobnom napretku kada ga drugi smatraju odgovornim. Rad na pitanjima u grupnom okruženju može biti vrlo



motivirajući. Članovi se osjećaju nadahnuo dijeljenjem ideja i svjedočenjem uspjeha drugih. Terapija pruža osjećaj nade, potiče ohrabrenje i pruža nadahnuće na putu do oporavka.

- Osobni rast i upravljanje simptomima – Glavna je svrha grupne terapije pomoć u upravljanju simptomima. Kroz grupu se pojedincu nudi mogućnost isprobavanja novih načina suočavanja sa strahovima. Povratne informacije koje dobiju od ostalih članova grupe mogu itekako pomoći u povećanju samosvijesti. Terapija također može omogućiti članovima da se oslobode negativnih emocija, smanje stres, poboljšaju samopoštovanje i nauče načine upravljanja tjeskobom.

Vrsta psihoterapije koja se koristi za grupnu terapiju ovisit će o terapijskom treningu i teorijskom pristupu. Mnoge skupine će napredovati primjenom tehnika kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za koje se pokazalo da su najučinkovitije u liječenju anksioznih poremećaja, pa tako i paničnog poremećaja. Mnoge od KBT tehnika pogodne su za grupni rad, kao što su igranje uloga, kognitivno restrukturiranje i modifikacija ponašanja. Kako bi se zadržao učinak grupe na članove između sastanaka, svaki tjedan mogu se dodijeliti i zadaće, poput vježbi za pisanje (25).

Kao primjer grupne terapije navodi se kognitivno-bihevioralna terapija koja je odobrena od strane Regionalnog odbora za medicinsko istraživačku etiku u Norveškoj, ref.br. 2016/2693.

U ovoj prospektivnoj prirodnoj studiji procjene su provedene pomoću osobnih intervjuja prije liječenja, na prvom i posljednjem sastanku liječenja te pomoću rezultata praćenja tijekom 3 mjeseca, jedne godine ili u razdoblju od 12 do 31 godine. Rezultati dugoročnog praćenja dobiveni su usporedbom pacijenata iz 1998. i 2016. U istraživanju su sudjelovali samo pacijenti kojima je dokazan panični poremećaj, sa agrarofobijom ili bez nje (26).

Tretman se provodio u grupama od 6 do 10 članova. Grupa se sastajala jednom tjedno tijekom 11 tjedana u trajanju od 4 sata. Na jednom od tih sastanaka bili su prisutni i članovi obitelji polaznika. Sve grupe pratio je isti socijalni radnik koji je za pomoć imao razne terapeute. Grupni sastanak sastojao se od 4 modula:

- Pregled domaćih zadaća uključujući mjerenje anksioznosti tijekom izlaganja i raspravu o somatskim simptomima.

- Planiranje, provođenje i individualno izlaganje i posjete javnim mjestima poput kazališta, jahanja, kupovine, šetnje ulicama ili odlazak u kavanu.
- Pregled napretka postignutog tijekom izlaganja
- Dodjela domaćih zadaća za sljedeći tjedan.

Polaznici su redovno morali zapisivati rezultate praćenja pojave anksioznih simptoma, dnevne zadatke i pratiti napredak i ciljeve koje su si postavili (26).

Rezultati su pokazali napredak polaznika, koji je vidljiv iz priložene tablice, i to nakon svakog mjerenja. Smanjenje od 50 % u ukupnom PARS-ovom rezultatu bilo je vidljivo kod 82 % sudionika do kraja mjerenja i kod 98 % bolesnika kod 24-godišnjeg praćenja (26).

#### **4.7.1. Okvir i matriks grupe**

Stvaranje grupe vrlo je osjetljiv posao i terapeut mora taj posao obaviti s velikom pažnjom i oprezom. Nakon što se pacijentu objasne razlozi zbog kojih se indicira grupna psihoterapija, voditelj ga informira o broju članova. Taj broj je obično od 8 do 10. Članovi se međusobno ne poznaju. Poželjno je da u grupi bude jednak broj žena i muškaraca, ali to je u praksi teško ostvarivo. Ponekad se dogodi da je u grupi manji broj ljudi i tada pacijenti povjeravaju ono što u većoj grupi ne bi. Za održavanje pravilnog rada grupe važno je redovito dolaženje u dogovoreno vrijeme (bez kašnjenja), zatim diskrecija koja je i najvažnije pravilo, tijekom grupne seanse nije poželjno pušiti, jesti, piti ili odlaziti često na toalet (osim kod iznimnih slučajeva u kojima npr. pacijent ima dijabetes i mora zbog bolesti pojesti nešto) i zabranjeno je korištenje mobitela. Sve je to važno kako bi grupa dobro funkcionirala i kako bi se uspostavio matriks grupe. Matriks grupe je nešto što ne možemo uhvatiti, opipati. To je nešto apstraktno a važno za život i razvoj grupe. Terapeuti koji dugo rade grupnu psihoterapiju osjete matriks grupe među članovima. Također se može reći da je matriks prostor u kojemu se odvijaju svi grupni procesi i osnovni element za stvaranje grupe (27).

#### **4.7.2. Indikacije za grupnu psihoterapiju i grupnu analizu**

Osnovni indikacijski kriterij za grupnu psihoterapiju je razvijena sposobnost za uspostavljanje relacija i interakcija u grupi, tj. potencijalni članovi trebaju imati minimalno

jednu zadovoljavajuću relaciju s barem jednom osobom, posebno tijekom djetinjstva. Postoji još jedan kriterij koji je jako važan, a to je sposobnost osobe za primanje i davanje informacija te sposobnost empatije. Osobe koje imaju nisko samopoštovanje, koje su depresivne, imaju problema u komunikaciji, imaju problema u uspostavljanju odnosa i sl., imaju specifične indikacije za grupu. S druge strane, postoje i osobe koje su kontraindicirane za grupnu terapiju. To su osobe koje ne pokazuju interes za druge, ne mogu dijeliti istog terapeuta s drugim osobama, osobe koje imaju paranoidne crte osobnosti, imaju poteškoća u govoru i ekspresiji, nemaju apstraktno razmišljanje ili imaju nizak koeficijent inteligencije. Problem za postavljanje indikacija za grupnu psihoterapiju jesu osobe koje se nalaze u akutnim kriznim životnim situacijama i imaju nizak prag toleriranja anksioznosti i frustracija kao i osobe koje imaju ozbiljne organske bolesti za koje je svakako indicirana psihoterapija. Takve osobe mogu biti uključene u homogeni tip grupe. One izazivaju pažnju i brigu ostalih članova grupe, a oni sami nemaju interesa ni vremena za ostale (27).

Procjena indikacije za uključivanje osobe u terapiju može se temeljiti i na procjeni opasnosti od preranog napuštanja grupe. Definirano je devet kategorija uvjeta za pojavu takve reakcije. To su: vanjski čimbenici, grupne devijacije, problem intime, strah od emocionalnog odnosa, nesposobnost dijeljenja voditelja, poteškoće u konkurenciji individualne i grupne psihoterapije, rane provokacije i sukobi u grupi, pogrešan odabir člana i posljedica subgrupiranja (27).

#### **4.7.3. Pripreme za početak grupne psihoterapije**

Na početku rada svake grupe važno je omogućiti članovima upoznavanje s pravilima grupe i dati im vremena da ih prihvate. Ujedno je važno i razviti povjerenje, ali i dati im do znanja da moraju poštovati razliku između voditelja i pacijenta, potrebno je definirati jasne ciljeve i pacijentova očekivanja, dati jasne informacije o grupnoj psihoterapiji te, ukoliko postoji strah od ulaska u grupu, potrebno je o njemu razgovarati. Duljina priprema za terapiju ovisi o pacijentima i o iskustvu terapeuta. Velika je razlika između pacijenata koji nisu nikada sudjelovali u grupnoj psihoterapiji i onima kojima to nije prvi puta. Pacijenti koji nikada nisu sudjelovali u grupnoj psihoterapiji trebaju dulje pripremno razdoblje.

Nakon procjene motiviranosti pacijenta nužno je s pacijentom dogovoriti osnovna pravila grupe. To su: 1. biti redovit i točan u dolascima na terapiju, 2. aktivno raditi na svom

problemu i podijeliti ga s ostalim članovima, 3. naučiti osjećaje izraziti riječima, 4. razlikovati grupne terapijske odnose od socijalnih odnosa, 5. ostati u grupi sve do rješavanja problema, 6. očuvati privatnost drugih članova grupe i 7. redovito donositi uputnice, odnosno plaćati terapiju. Ako pacijent ne shvaća i ne prihvaća što se od njega očekuje u tijeku grupne psihoterapije, potrebno je odgoditi pacijentov ulazak u grupu (27).

#### **4.7.4. Rad grupe i komunikacija u grupi**

Prvi sastanak je neugodan i za članove i za voditelja. Prije seanse se pojavljuje strah od nepoznatog i od nepoznatih ljudi. Reakcija kojom najveći broj pacijenata reagira je šutnja. Nakon kratkih napomena voditelja, postoji mogućnost da grupa šuti. Tada ih voditelj proziva da se svatko od njih na neki način predstavi drugima. Ako se radi o pacijentima koji su na sitom odjelu i koji se već poznaju, tada nije potrebno upoznavanje, tj. predstavljanje imenom i prezimenom, već pacijenti počinju pričati nešto o sebi. Nerijetko se dogodi da pacijenti počnu govoriti u jedan glas i na taj način pomisle da zadovoljavaju voditelja time što ne šute. No, voditelj grupne psihoterapije takav razgovor treba prekinuti i objasniti pacijentima kako je važnije da nauče slušati jedni druge. To je naravno teško i za ljude koji nisu u terapijskim grupama. Osim što pacijenti uče kako aktivno slušati druge, uče i o svom utjecaju na druge. Grupa je okolina u kojoj osobe primaju povratne informacije od drugih uključujući njihovo vlastito ponašanje i sudjelovanje. Svako ponašanje ima posljedice, a one se događaju u obliku odgovora. On može biti izravan i određen, neizravan ili da nema određenog odgovora. Odgovor svakog člana grupe pokazuje razinu uključivanja u grupu. Time povratna veza postaje vezivo grupe, a njegov sadržaj formira matriks grupe. U grupi postoji i reakcija zrcala. Ona je važan terapijski čimbenik. Pacijent vidi sebe ili dijelove sebe u drugim članovima. Pacijentu se pruža mogućnost da vidi izvana kako drugi član reagira onako kako bi on reagirao. S vremenom, pacijent dobije sliku o sebi i otkriva svoj vlastiti identitet i povezuje ga s prijašnjim identitetima. Osim zrcaljenja, u grupi postoji i rezonancija, odnosno oblik komunikacije koji je prisutan najviše na nesvjesnoj razini. On je funkcija neovisnih afektivnih odgovora članova pri razrješavanju konflikata. Pojmovi koje još povezujemo s grupom su i prevođenje i okupacija (27).

Grupa osigurava zadovoljavanje potreba za odnosom s drugim ljudima, razmjenom osjećaja, misli, želja i potreba. Na početku, kada pacijent tek uđe u grupu, on ne zna

komunicirati. On je samo naviknut na lažne komunikacije iz svakodnevnog života. U grupnoj psihoterapiji traži se iskrena i otvorena komunikacija. Na početku se pacijentima govori da trebaju reći sve što misle i da u grupi nema zadane teme o kojoj moraju pričati. Naravno, u početku je to veoma teško jer oni nisu navikli na takvu vrstu komunikacije. Često se može čuti među pacijentima kako postavljaju pitanje tipa: „Kako mi oni mogu pomoći ako su bolesni kao i ja?“ Najveći problem s komunikacijom mogu imati pacijenti koji naknadno ulaze u grupu koja je već dulje vrijeme zajedno. Takav pacijent najčešće šuti ili govori mnogo kako bi smanjio svoju anksioznost i uvijek traži pomoć od terapeuta. Nakon nekog vremena grupa se razvija tako da u svojoj komunikaciji ne trebaju više terapeuta i sve lakše međusobno komuniciraju. Komunikacija između njih postaje sve iskrenija, razgovaraju otvoreno o svemu (27).

Postoji nekoliko vrsta komunikacije, koje su dostupne u grupnoj psihoterapiji. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna, svjesna i nesvjesna, namjerna i nenamjerna te razumljiva i nerazumljiva (27).

## 4.8. PROVOĐENJE EDUKACIJE ZA MEDICINSKE SESTRE U RH

Medicinske sestre i tehničari bave se svojom strukom s mnogo očekivanja, entuzijazma i s velikom željom da pomognu ljudima. Kako bi u tome bili uspješni, potrebno je kontinuirano raditi na sebi, na osobnom i profesionalnom razvoju. Sestre i tehničari mogu iskoristiti svoje znanje u svrhu terapijskog liječenja. Da bi to postigli, moraju posjedovati znanje iz područja psihologije, razvoja osobnosti, psihodinamike, socijalne psihijatrije i dr. Kako bi stekli to znanje, moraju se tijekom svoga rada neprekidno educirati. Edukacija im pruža veliku količinu novih informacija i zahtijeva njihovu snažnu zauzetost. Na edukaciji sestre i tehničari uče da moraju prihvatiti činjenicu da se njihovo nerazumijevanje prema pacijentima, njihove „slabosti“ mogu promijeniti, ali da prije toga moraju upoznati sebe i širiti vlastitu osobnost. Također spoznaju da je terapijska komunikacija vještina koja se može naučiti. Pomoću nje stvaraju suosjećanje i spremnost da pomognu pacijentu. Omogućeno im je da se uključe u pripremnu izobrazbu iz grupne analize, uče graditi odnos utemeljen na empatiji, prihvaćanju i iskrenosti, razvijati odnos u kojem se pacijent može naljutiti, a da ne reagira agresijom, gledati u oči jedni drugima, „biti jednom nogom u cipeli drugoga“ i tek tada razumjeti zašto teško hoda. Edukacija ih uči da se u grupi i terapeut i pacijent mijenjaju i razvijaju. Danas educirane sestre/tehničari u psihijatriji sve više rade kao grupni terapeuti.

Izobrazba za grupne terapeute sastoji se od teorijskog i iskustvenog dijela. U teorijskom dijelu polaznici se upoznaju s osnovama razvojne psihologije, osnovnim psihodinamičkim konceptima nesvjesnog, prijenosa i protuprijenosa, obrambenim mehanizmima, teorijskim osnovama dinamike grupe itd., a u iskustvenom dijelu dobiju uvid u vlastito ponašanje, djelovanje tog ponašanja na druge osobe i uvid u vlastite nesvjesne motive. Rezultat svega toga je prihvaćanje sebe i drugih ljudi onakvima kakvi jesu te nošenje s vlastitim i tuđim agresivnim nagonima. Osim tih dvaju dijelova, održava se i supervizija jednom tjedno. Nju održava profesionalac s iskustvom i svim kvalifikacijama. Na superviziji se razgovara o svjesnim i nesvjesnim odnosima prema pacijentu, timu u kojem rade i prema instituciji u kojoj su zaposleni.

Bez obzira na to u koje je aktivnosti uključena, sestra/tehničar na psihijatrijskom odjelu, nikada s uma ne smije smetnuti rečenica: „*Da bi se duševnim bolesnicima moglo pomoći, mora ih se najprije voljeti.*“ (27).

### **4.8.1. Programi edukacije**

Izobrazba iz grupne psihoterapije medicinskih sestara/tehničara

#### **Pripremna izobrazba:**

1. grupne terapije u trajanju 40-60 školskih sati
2. teorijski seminari iz psihodinamike: 40 školskih sati

#### **Izobrazba iz grupne psihoterapije:**

1. završena pripremna izobrazba
2. grupna analiza u trajanju od najmanje 150 školskih sati
3. teorijska izobrazba 80 školskih sati
4. grupna supervizija 120 školskih sati (započinje godinu dana nakon početka edukacije) (27)

**Tablica 4.8.1.1. Teorijski seminari za medicinske sestre/tehničare – pripremna izobrazba**

R. br.	TEME	sati
1.	Povijesni razvoj psihoterapije	2
2.	Razvoj ličnosti (Intrauterini razvoj i teorija libida)	2
3.	Razvoj ličnosti (teorije objektnih odnosa)	2
4.	Period latencije i adolescencije	2
5.	Mentalni mehanizmi	2
6.	Mehanizmi obrane	2
7.	Transfer I	2
8.	Transfer II	2
9.	Kontratransfer	2
10.	Snovi u psihoterapiji	2
11.	Otpori psihoterapiji	2
12.	Psihosomatska bolest	2
13.	Psihički problemi tjelesnog bolesnika	2
14.	Psihoneuroze (konverzivna)	2
15.	Fobija i opsesivna	2
16.	Anksioznost, depresivnost	2
17.	Svijet psihoze	2
18.	Psihoterapijski intervju	2
19.	Psihoterapija (suportivna i sugestivna)	2
20.	Psihoterapija (psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija)	2



**Tablica 4.8.1.2. Teorijska nastava iz grupne analize za medicinske sestre/tehničare**

R. br.	TEME	sati
1.	Povijesni razvoj grupne psihoterapije i grupne analize	2
2.	Psihoanaliza i grupna analiza	2
3.	Okvir grupe i grupni matriks	2
4.	Indikacije za grupnu analizu. Selekcija pacijenta.	2
5.	Priprema za ulazak u grupu	2
6.	Grupni analitički <i>setting</i> . Početna faza. „ <i>Drop out</i> “.	2
7.	Ulazak novog člana u grupu. Izlazak člana iz grupe. Prestanak rada grupe.	2
8.	Komunikacija, interakcija i participacija u grupi – razine i oblici.	2
9.	Kohezija i koherencija u grupi	2
10.	Fenomeni grupe: „Ovdje i sada“, feed back, fenomen kondenzatora, rezonancija, prevođenje, lokacija, okupacija.	2
11.	Zrcaljenje	2
12.	Pojedinac u grupnom procesu	2
13.	Grupa kao cjelina. Grupna kultura	2
14.	Prijenos u grupnoj analizi 1.	2
15.	Prijenos u grupnoj analizi 2.	2
16.	Protuprijenos u grupnoj analizi 1.	2
17.	Protuprijenos u grupnoj analizi 2.	2
18.	Otpori u grupnoj analizi	2
19.	Terapijske intervencije u grupnoj analizi	2
20.	Poticaji za intervencije. Vrsta i objekti intervencija. Interpretatori.	2
21.	Proradba i uvid u grupnoj analizi	2
22.	„Grupni san“. Rad sa snovima u grupnoj analizi.	2
23.	<i>Acting out</i> u grupnoj analizi	2
24.	Oblici teških patologija i rad s njima u grupi 1.	2
25.	Oblici teških patologija i rad s njima u grupi 2.	2
26.	Osobnost grupnog analitičara. Izobrazba.	2
27.	Terapijski čimbenici u grupnoj analizi	2
28.	Primjena grupne analize	2
29.	Etički vidovi grupne analize	2

30.	Doprinos Biona grupnoj analizi. Osnove Bionove analize grupe. Razvoj procesa u grupi po Bionu.	2
31.	Psihoanaliza individue u grupi. Wolf i Schwartz. Opća teorija sustava.	2
32.	Velika grupa	2
33.	Srednja grupa	2
34.	Mjesto i uloga voditelja u grupi	2
35.	Proces izobrazbe iz grupne analize	2
36.	Modifikacije grupne analize za rad sa somatskim pacijentima	2
37.	Aktualna literatura iz grupne analize	2
38.	Aktualna literatura iz grupne analize	2
39.	Aktualna literatura iz grupne analize	2
40.	Aktualna literatura iz grupne analize	2

Završenom edukacijom stječe se naziv: Medicinska sestra/tehničar – grupni terapeut (27)

## 5. ZAKLJUČAK

Anksiozni poremećaji danas su neki od najčešćih psihičkih poremećaja. Pogađaju sve dobne skupine. Među njima je i panični poremećaj. Osobe koje boluju od paničnog poremećaja moraju na vrijeme prepoznati simptome i potražiti stručnu pomoć. Kada se na vrijeme reagira, velika je vjerojatnost da će si uz pomoć terapija osoba uspjeti kontrolirati život. Postoje mnogobrojne terapije koje pomažu u liječenju, ali grupna terapija pokazala se najboljom, tj. dala je najbolje rezultate. Grupna terapija djeluje tako da si članovi međusobno daju podršku i mogu lakše razumjeti jedni druge. Iako gotovo svaki član grupe ima podršku obitelji i prijatelja, oni nažalost ne mogu u potpunosti razumjeti njihove poteškoće i probleme kao osobe koje prolaze kroz to isto.

Svatko se od nas barem jednom u životu nađe u situaciji kada misli da nema izlaza, no to nije tako. Ukoliko se znakovi bilo kojeg psihičkog poremećaja primijete na vrijeme, potrebno je potražiti stručnu pomoć. Uvijek postoje ljudi koji su spremni pomoći kako bi se osobe sa znakovima psihičkih poremećaja vratile u normalu i stvorile vještine kojima mogu kontrolirati svoj život i sve situacije koje im on nosi. Upravo zbog toga što je sve veći broj kroničnih bolesnika kojima je potrebna grupna podrška, medicinske sestre imaju vrlo važnu ulogu kod provođenja grupne psihoterapije te se posebno educiraju kako bi postale dio tima za grupnu podršku. Medicinske sestre prvostupnice uz posebnu i kontinuiranu edukaciju provode razne oblike grupnih psihoterapija, radionica i slično. Njihova je najveća uloga pružanje podrške pacijentima u svakom trenutku psihoterapije, te uvijek moraju biti otvorene za razgovor i saslušanje pacijenta kako bi mu olakšale vrijeme koje provodi u bolnici i kako bi grupna psihoterapija imala što bolji učinak.

## 6. LITERATURA

1. Lutz A, Dunne JD i Davidson RJ. Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. Zelazo PD, Moscovitch M i Thompson E. (Ur.), The Cambridge Handbook of Consciousness, Cambridge University; 2007. str. 499-552. Press.
2. Petz B. Psihologijski rječnik. Zagreb: Naklada Slap; 2005
3. Rathus, Spencer A. Temelji psihologije. Zagreb: Naknada Slap; 2000.
4. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. Trends in Cognitive Sciences 2010;14:418–24.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. V. izd. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2013.
6. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog ponašanja. Zagreb: Naklada Slap; 1998.
7. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/anksiozni-poremecaji/napadi-panike-i-panicni-poremecaj> (Pristup 13.8.2020.)
8. [https://www.cybermed.hr/cnapadi\\_panike\\_i\\_panicni\\_poremecaj/etiologija\\_panicnog\\_poremecajaentri\\_a\\_z/](https://www.cybermed.hr/cnapadi_panike_i_panicni_poremecaj/etiologija_panicnog_poremecajaentri_a_z/) (Pristup 13.8.2020.)
9. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
10. Jokić-Begić N. Bihevioralna paradigma anksioznosti. U: Begić D (Ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
11. Corey G. Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
12. Rudan V. Psihoanalitički koncept anksioznosti. Medix. 2007; 17:67-71.
13. Vulić-Prtorić, A. Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente – SKAD-62. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
14. Cronbach L. J. Coefficient alpha and internal structure of tests. Psychometrika(4). 1951., 297-334.
15. Julian L. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A), Psychological Measures. 2011; 63(S11), S467-S472

16. Farach FJ, Pruitt LD, Jun JJ, Jerud AB, Zoellner LA and Roy-Byrne PP: Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *J Anxiety Disorders*. 2012; 26:833–843.
17. Gonzales de Chavez M. Part III: Group Psychotherapy and Schizophrenia. U: Alanen YO, Gonzales de Chavez M, Silver AS i Martindale B (ur.). *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: Past, Present and Future*. London i New York: Routledge; 2009.
18. Zlopaša M. Psihijatrija u zajednici (završni rad). Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2018.
19. Begić D. Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. *Medix*. 2013; 19(106): 171-174.
20. Crvelin K. Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.
21. Živčić-Bećirević I., Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznih poremećaja. U: Begić D (ur.) *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
22. Leahy RL., Holland SJ., *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press., 2000.
23. Resick P, Calhoun KS. Posttraumatic Stress Disorder. U: Barlow DH (ur.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford press; 2001.
24. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H., Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders on Quality of Life: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82(3): 375–39.
25. <https://www.verywellmind.com/group-therapy-for-panic-disorder-2584298> (Pristup 15.8.2020.)
26. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986.; 24(4):461–70.
27. Klain E, Gregurek R. i sur. *Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare*. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.

## 7. OZNAKE I KRATICE

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

MKB-10 – međunarodna klasifikacija bolesti, 10. Revizija

LC – *locus coeruleus*

GABA – gama-aminomaslačna kiselina

SKAD-62 – skala za ispitivanje straha i anksioznosti

DSM-VI – dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

EDMR – *eye movement desensitisation and reprocessing* – terapijski postupak olakšavanja procesuiranja traumatskih događaja

br. – broj

## 8. SAŽETAK

Anksiozni poremećaj opisan je kao neugodno čuvstvo tjeskobe, nesigurnosti, napetosti i bojazni, koje je praćeno aktivacijom autonomnog živčanog sustava. Uzroci nastanka anksioznosti su manje jasni. Simptomi anksioznosti su brojni: drhtanje, prekomjerno znojenje, povišeni krvni tlak, malkasalost, ubrzani rad srca itd. Šest je temeljnih kategorija poremećaja koje ubrajamo u anksiozne poremećaje, ato su: fobije, panićni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i akutni stresni poremećaj. Panićni poremećaj karakteriziraju neobjašnjivi i iznenadni napadaji straha praćeni uznemirenošću, lupanjem srca, poteškoćama s disanjem i vrtoglavicom. Napadi panike su česti. Postoje teorije koje nam pomažu u razumijevanju nastanka panićnog poremećaja (bihevioralne, kognitivne, psihoanalitićke). Panićni poremećaj često pogađa djecu i adolescente. Za mjerenje straha i anksioznosti za njih je dostupna skala pod nazivom SKAD-62. Za lijećenje panićnog poremećaja jako dobre rezultate dala je kognitivno-bihevioralna terapija kao i općenito grupna psihoterapija. Osobe oboljele od panićnog poremećaja na grupnoj terapiji dobiju socijalnu podršku, poticaj i nadahnuće od grupe te mogućnost osobnog napretka i upravljanja simptomima.

Ključne rijeći: anksiozni poremećaj, simptomi, panićni poremećaj, napad panike, bihevioralne teorije, kognitivne teorije, psihoanalitićke teorije, SKAD-62, grupna terapija

## 9. SUMMARY

Anxiety disorder has been described as an uncomfortable feeling of anxiety, insecurity, tension and fear that is accompanied by activation of the autonomic nervous system. The causes of anxiety are less clear. Symptoms of anxiety are numerous: trembling, sweating, hypertension, malnutrition, tachicardia, etc. There are six basic categories of disorders that include anxiety: phobias, panic disorder, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder and acute stress disorder. Panic disorder is characterized by unexplained and sudden attacks of fear accompanied by anxiety, palpitations, difficult breathing and dizziness. Panic attacks are common. There are several theories that help us to understand panic disorder (behavioral, cognitive, psychoanalytic). Panic disorder often affects children and adolescents. There is a scale called SKAD-62 to measure fear and anxiety. Cognitive-behavioral therapy as well as group psychotherapy in general have very good results in treatment of panic disorder. People with panic disorder receive social support, encouragement and inspiration from the group, as well as the opportunity for personal progress and symptom management.

Keywords: anxiety disorder, panic disorder, panic attack, behavioral theories, cognitive theories, psychoanalytic theories, SKAD-62, group therapy



## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>25.9.2020.</u>	IVANA BANAJ	Ivana Banaj

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

IVANA BANAJ

*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 25.9.2020.

Ivana Banaj

*potpis studenta/ice*