

Anksiozni poremećaji: dijagnostički izazovi i novi terapijski pristupi

Anxiety Disorders: Diagnostic Challenges and New Therapeutic Approaches

LINDA ROSSINI GAJŠAK^{1,2}

¹Zavod za integrativnu psihijatriju, Klinika za psihijatriju Sveti Ivan, Zagreb; ²Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

SAŽETAK Anksioznost je u osnovi normalna i prolazna reakcija na stres koja uključuje složene neurobiološke mehanizme. Aktivacija amigdale i simpatičkoga živčanog sustava dovodi do fizioloških promjena poput ubrzanog rada srca i povišenog tlaka, dok os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda regulira lučenje kortizola i povratak u ravnotežu. Kada je anksioznost dugotrajna, intenzivna i narušava funkcioniranje, prelazi u anksiozne poremećaje koji su česti, često kronični i značajno smanjuju kvalitetu života. Dijagnoza se temelji na DSM-5 i MKB klasifikacijama te kliničkim intervjuima, uz izazove poput preklapanja simptoma i komorbiditeta. Strukturirani instrumenti i upitnici poput GAD-7 poboljšavaju dijagnostičku točnost. Liječenje uključuje kognitivno-bihevioralnu terapiju kao prvu liniju, uz farmakoterapiju SSRI i SNRI lijekovima. Unatoč dostupnim metodama dio bolesnika ne postiže zadovoljavajući odgovor. U terapiji se sve više rabe digitalne intervencije i alternativne metode poput akupunkture. NICE smjernice preporučuju model postupne skrbi koji uključuje psihoedukaciju, kao i druge terapijske pristupe i intervencije.

KLJUČNE RIJEČI: anksioznost, anksiozni poremećaji, dijagnostika, kognitivno-bihevioralna terapija, farmakoterapija, NICE smjernice, alternativne metode liječenja

SUMMARY Anxiety in its essence is a normal and temporary reaction to stress, but which includes multifaceted neurobiological mechanisms. Activation of the amygdala and sympathetic nervous system brings about physiological changes such as increased heart rate and higher blood pressure, while the hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulates cortisol secretion and reinstates balance. When anxiety is long-term, intense, and impairs functioning, it develops into anxiety disorders, which are widespread and often chronic, and considerably reduces quality of life. Diagnosis is based on DSM-5 and ICD classifications and clinical interviews, with impediments such as overlapping symptoms and comorbidities. Structured instruments and questionnaires like GAD-7 improve diagnostic accuracy. First-line treatment includes cognitive-behavioral therapy, along with pharmacotherapy and SSRI and SNRI drugs. Despite accessible methods, some patients do not reach a satisfactory response. Digital interventions and alternative methods like acupuncture are progressively being used in therapy. NICE guidelines propose a stepped-care model that includes psychoeducation and other therapeutic methods and interventions.

KEY WORDS: anxiety, anxiety disorders, diagnostics, cognitive-behavioral therapy, pharmacotherapy, NICE guidelines, alternative treatment methods



Uvod

Anksioznost predstavlja normalnu emocionalnu reakciju na stresne podražaje, čiji intenzitet i ekspresija variraju te su najčešće prolaznoga karaktera. Izloženost stresoru aktivira složeni neurobiološki odgovor koji uključuje međusobno povezane neuronske, neuroendokrine i endokrine mehanizme regulacije stresa. Neuronska os aktivira se najranije, uz ključnu ulogu amigdala u pokretanju neuroendokrinog odgovora. Akutni stres dovodi do brzog otpuštanja kateholamina, osobito noradrenalina, unutar prvih nekoliko minuta, što rezultira aktivacijom simpatičkoga živčanog sustava i nizom fizioloških promjena, uključujući tahikardiju, porast arterijskog tlaka, vazokonstrikciju i hiperventilaciju. Ove promjene dio su adaptivnog odgovora „borbe ili bijega“,

čija je funkcija priprema organizma za suočavanje sa stresorom (1). Istodobno dolazi do aktivacije osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, uz povećano lučenje kortizola. Negativna povratna sprega postupno inhibira lučenje kortikotropin-oslobađajućega hormona i adrenokortikotropnoga hormona, čime se omogućuje smirivanje organizma i povratak u homeostatsku ravnotežu nakon prestanka djelovanja stresora (2). Iako anksioznost u osnovi predstavlja adaptivni odgovor na stres, u određenim okolnostima može poprimiti maladaptivan karakter. Kada je anksiozna simptomatika intenzivna, dugotrajna ili nesrazmjerna stvarnom stresoru te dovodi do značajnog narušavanja funkcioniranja, može doseći razinu klinički relevantnoga anksioznog poremećaja. Anksiozni poremećaji predstavljaju jednu od najčešćih sku-

pina psihičkih poremećaja, s procijenjenom doživotnom prevalencijom od približno 34 % u Sjedinjenim Američkim Državama (3). Ti poremećaji često imaju kroničan ili recidivirajući tijek te su povezani sa značajnim smanjenjem kvalitete života, funkcionalnim oštećenjima i povećanim opterećenjem zdravstvenog sustava. Klinička fenomenologija anksioznih poremećaja obuhvaća široki spektar simptoma, uključujući perzistentnu i teško kontroliranu zabrinutost, socijalne i izvedbene strahove, neočekivane i/ili situacijski potaknute napadaje panike, anticipacijsku anksioznost te izražena izbjegavajuća ponašanja. Među najčešće dijagnosticiranim anksioznim poremećajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ubrajaju se generalizirani anksiozni poremećaj (doživotna prevalencija 6,2 %), socijalni anksiozni poremećaj (doživotna prevalencija 13 %) te panični poremećaj (doživotna prevalencija 5,2 %), s agorafobijom ili bez nje. Uz psihološke simptome, anksiozni poremećaji često su praćeni izraženim somatskim manifestacijama poput palpitacija, dispneje i vrtoglavice, što može dodatno otežati pravodobno prepoznavanje i diferencijalno-dijagnostički postupak u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Dijagnostički izazovi

Dijagnoza anksioznih poremećaja kod odraslih najčešće se postavlja prema kriterijima Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM5 (4), prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB), 11. revizija u državama gdje je ista na snazi (5), te MKB-10 klasifikaciji u državama poput Hrvatske gdje je još uvijek na snazi 10. revizija (6), obično putem nestrukturiranih kliničkih intervjua. Klinička složenost dijagnoze može biti uzrokovana nepouzdanim autoanamnestičkim podacima pacijenta, prisutnošću komorbiditeta, ograničenim uvidom ili preklapanjem simptoma koji se pojavljuju u više poremećaja (npr. netolerancija na nesigurnost i kognitivne distorzije prisutne u generaliziranome anksioznom poremećaju, opsesivno-kompulzivnom poremećaju i depresiji). U takvim slučajevima dopunski heteroanamnestički podatci mogu značajno unaprijediti razumijevanje prezentirane simptomatike. Za smanjenje kliničke varijabilnosti i povećanje pouzdanosti dijagnoze rabe se strukturirani i polustrukturirani klinički intervjui. Najčešće primjenjivani intervjui kod odraslih su:

- Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), strukturirani intervju za dijagnostiku prema kriterijima DSM-IV/DSM5 i ICD10/ICD11 (7)
- Structured Clinical Interview for DSM5 Disorders (SCID5), polustrukturirani intervju za glavne mentalne poremećaje prema DSM5 (8)

- Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM5 (ADIS5), polustrukturirani intervju za anksiozne poremećaje, poremećaje raspoloženja i s njima povezane poremećaje prema DSM5 (9)

- Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders (DIAMOND), polustrukturirani intervju za procjenu anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja i opsesivno-kompulzivnih poremećaja prema DSM5 (10).

Primjena ovih instrumenata omogućuje standardizirano prikupljanje kliničkih podataka, poboljšava međuprocjensku pouzdanost i olakšava diferencijalnu dijagnozu, premda njihova administracija zahtijeva značajno vrijeme i primjerenu stručnu obuku. Procjena utemeljena na dokazima (engl. *evidence-based assessment*, EBA) predstavlja temeljni postupak u preciznoj dijagnostici i ciljanom liječenju anksioznih poremećaja u odraslih. Prvo se analiziraju strukturirani dijagnostički intervjui, s posebnim naglaskom na njihovu funkciju u validaciji i potkrepljivanju kliničkih dijagnoza. Slijedi pregled klinički procijenjenih instrumenata i samoprocjenskih ljestvica koje omogućuju kvantifikaciju intenziteta i rasprostranjenosti anksiozne simptomatike u odrasloj populaciji. Radi preciznije informiranosti kliničkog odlučivanja, razmatraju se i ljestvice koje detektiraju obrasce ponašanja povezane s održavanjem i pojačanjem simptoma, posebno akomodacijsko i izbjegavajuće ponašanje. Zaključno, sintetiziraju se preporuke za primjenu procjene utemeljene na dokazima u dijagnostici i terapiji anksioznih poremećaja u odraslih, pri čemu se naglašava njezina uloga u optimizaciji kliničkog procesa, individualizaciji tretmana i unaprjeđenju ishoda liječenja (11). U tom kontekstu, primjena kratkih standardiziranih probirnih instrumenata može imati važnu ulogu u ranom otkrivanju anksioznih poremećaja. Upitnik za opći anksiozni poremećaj (engl. *Generalized Anxiety Disorder-7*, GAD-7) i njegova kraća verzija GAD-2 testirani su na brojnim jezicima i različitim populacijama. Općenito se čini kako GAD-7 i GAD-2 imaju prihvatljivu ili dobru dijagnostičku točnost za dijagnozu generaliziranoga anksioznog poremećaja, kao i za bilo koji anksiozni poremećaj (12). Upitnik GAD-7 je prema podacima Szuhany i suradnika iz 2022. pokazao zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, s osjetljivošću u rasponu od 57,6 % do 93,9 % te specifičnošću od 61 % do 97 % (3).

Terapijski pristupi

Pružanje strukturiranih informacija o simptomima, dijagnostičkim kriterijima i terapijskim intervencijama utemeljenima na dokazima predstavlja važan inicijalni korak u procesu liječenja te može doprinijeti boljem razumijevanju poreme-

ćaja, povećanju suradljivosti pacijenata i poboljšanju terapijskih ishoda (3). Terapijski pristupi prve linije u liječenju anksioznih poremećaja uključuju kognitivno-bihevioralnu terapiju i terapiju izlaganjem te farmakološko liječenje SSRI i SNRI lijekovima.

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) predstavlja primarni psihoterapijski pristup u liječenju anksioznih poremećaja (13). KBT tehnike, temeljene na kognitivno-bihevioralnom modelu, ciljaju mehanizme identificirane u bihevioralnim teorijama anksioznosti (npr. teorija emocionalnog procesuiranja, model inhibicijskog učenja), kao i u kognitivnim teorijama anksioznosti (npr. teorija obrade informacija). Postoji snažna znanstvena podloga koja potvrđuje kratkoročnu i dugoročnu učinkovitost i efikasnost KBT-a u liječenju anksioznih poremećaja, posebice u liječenju paničnog poremećaja i agorafobije. U okviru kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za ove poremećaje primjenjuju se psihoedukacija, bihevioralni eksperimenti i terapija izlaganjem, čiji je cilj modulacija i restrukturiranje maladaptivnih kognitivnih i ponašajnih obrazaca. Za prevladavanje ograničene dostupnosti kognitivno-bihevioralnih terapeuta rabe se internetom i mobilnim uređajima temeljene intervencije, uključujući aplikacije prilagođene specifičnim poremećajima poput socijalne anksioznosti, paničnog poremećaja i agorafobije. Većina ovih aplikacija integrira osnovne KBT tehnike te učinkovito smanjuje simptome kroz psihoedukaciju, kognitivnu restrukturaciju, *mindfulness* i relaksacijske metode. U jednom istraživanju s manjim brojem ispitanika, sudionici s anksioznim poremećajima koji su se prethodno koristili mobilnim intervencijama, uključujući virtualnu ekspozicijsku terapiju (VRET), retrospektivno su reflektirali svoja iskustva liječenja. Tematska analiza identificirala je ključne teme vezane uz percipirane ishode liječenja, aspekte mobilne intervencije, iskustva s VRET-om i kontekstualne čimbenike, pri čemu su ispitanici istaknuli važnost psihoterapijskog vođenja za poboljšanje simptoma. Nalazi pružaju vrijedne uvide za optimizaciju mobilnih terapijskih alata i integraciju VRET-a, u skladu s individualnim potrebama, preferencijama i očekivanjima pacijenata (14).

Psihofarmakološko liječenje

Tradicionalno su se anksiozni poremećaji liječili barbituratima i benzodiazepinima, ali uvođenje tricikličkih antidepressiva te selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) značajno je promijenilo terapijski pristup (15). Smjernice danas preporučuju selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SSRI) ili inhibitore ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI), primjerice, venlafaksin kao terapiju prve linije za panični poremećaj, generalizirani i socijalni anksiozni poremećaj (16). Terapijska rezistencija u anksioznim poremećajima predstavlja značajan klinički problem – dio bolesnika ne postiže klinički značajno poboljšanje

unatoč primjeni standardnih terapijskih pristupa, što upućuje na potrebu za razvojem novih strategija liječenja (17, 18). Antipsihotici se sve češće istražuju u liječenju nepsihotičnih poremećaja. Iako nijedan antipsihotik druge generacije nema regulatorno odobrenje za anksiozne poremećaje, njihova „off-label” primjena je česta, osobito u terapijski rezistentnim slučajevima. Smjernice ih preporučuju tek kao terapiju treće linije ili dodatak liječenju, a najviše dokaza postoji za kvetiapin u generaliziranome anksioznom poremećaju, uz ograničenja zbog podnošljivosti i sigurnosnih rizika (15,19).

Alternativne metode liječenja

Konvencionalne metode liječenja anksioznih poremećaja, i psihoterapija i psihofarmaci, imaju limitirani učinak te se neke alternativne metode sve više spominju, pa i uključuju u istraživanja, a među njima su i akupunktura, elektroakupunktura i *dry needling*. U istraživanju iz 2022. utvrđeno je kako je nakon pet terapijskih sesija akupunkture i elektroakupunkture došlo do statistički značajnog smanjenja simptoma anksioznosti (20), procijenjenih primjenom standardiziranih psihometrijskih instrumenata: *Beck Anxiety Inventory*, BAI (21), GAD-7 (22) i *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*, OASIS (23). *Dry needling* može smanjiti anksioznost smanjenjem mišićne napetosti i aktivacijom parasimpatičkoga živčanog sustava putem tankih igala u miofascijalne okidačke točke. Ova metoda može ublažiti simptome anksioznosti, poboljšati kvalitetu sna i potaknuti oslobađanje endorfina, često povećavajući osjećaj smirenosti. Najveća učinkovitost postiže se kao dio sveobuhvatnoga terapijskog pristupa i kombiniranjem s drugim alternativnim metodama liječenja, primjerice, balneoterapijom (24).

NICE smjernice u liječenju anksioznih poremećaja

Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (engl. *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE) u svojim smjernicama preporučuje primjenu modela postupne skrbi (engl. *stepped-care model*) u liječenju anksioznih poremećaja. Ovaj model podrazumijeva strukturirani terapijski pristup u kojem se intervencije uvode postupno, ovisno o težini simptoma, razini funkcionalnog oštećenja te odgovoru pacijenta na prethodne terapijske postupke. Početna faza liječenja uključuje identifikaciju simptoma, pružanje psihoedukacije te aktivno kliničko praćenje pacijenta. U slučaju perzistiranja simptoma preporučuje se primjena psiholoških intervencija niskog intenziteta, poput vođenih programa samopomoći ili grupnih intervencija temeljenih na principima kognitivno-bihevioralne terapije (KBT). Ako takve intervencije ne rezultiraju zadovoljavajućim terapijskim učinkom, indicirana je primjena psiholoških intervencija visokog intenziteta ili farmakološkog liječenja. U liječenju generaliziranoga ili općega anksioznog poremećaja (engl. *Generalized*

Anxiety Disorder, GAP), preporučuju se psihološke intervencije niskog intenziteta u ranim fazama terapije, uključujući individualne ili grupne programe kognitivno-bihevioralne terapije te strukturirane psihoedukacijske programe. Kod pacijenata s izraženijim simptomima ili nedostatnim terapijskim odgovorom na inicijalne intervencije preporučuje se primjena psiholoških intervencija visokog intenziteta, osobito individualne kognitivno-bihevioralne terapije. Kao farmakološka opcija prvog izbora preporučuju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), poput sertralina, dok se kao alternativna terapijska opcija mogu rabiti inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, SNRI. U terapiji paničnog poremećaja naglasak je na primjeni kognitivno-bihevioralne terapije ili farmakoterapije antidepresivima, osobito u slučajevima umjerenoga do teškoga kliničkog tijeka. SSRI, poput sertralina ili citaloprama, smatraju se terapijom prvog izbora. U situacijama kada se ne postiže odgovarajući terapijski odgovor na SSRI, može se razmotriti primjena tricikličkih antidepresiva, uključujući klomipramin ili imipramin (25).

U okviru provedbe psiholoških intervencija unutar zdravstvenog sustava Ujedinjenog Kraljevstva, program *NHS Talking Therapies* naglašava važnost pravodobnog pristupa terapiji, pri čemu se preporučuje vrijeme čekanja od najviše četiri tjedna za početak psihološkog tretmana, uz osiguravanje odgovarajuće skrbi za pacijente s težim kliničkim prezentacijama (26). Noviji razvoj terapijskih pristupa uključuje i integraciju digitalnih terapijskih alata u liječenje anksioznih poremećaja. Strukturirani mrežni programi i mobilne aplikacije temeljene na načelima kognitivno-bihevioralne terapije sve se više prepoznaju kao učinkovite terapijske mogućnosti, posebice u ranim fazama modela postupne skrbi i radi povećanja dostupnosti psiholoških intervencija. (25).

U cjelini, kognitivno-bihevioralna terapija smatra se temeljnom psihoterapijskom metodom u liječenju anksioznih poremećaja (27). Farmakološko liječenje primarno se temelji na primjeni SSRI, dok se benzodiazepini ne preporučuju za dugotrajnu primjenu zbog povećanog rizika razvoja tolerancije i ovisnosti (25). U liječenju posttraumatskoga stresnog poremećaja preporučuju se specifične psihoterapijske intervencije usmjerene na obradu traumatskog iskustva, uključujući traumom usmjerenu kognitivno-bihevioralnu terapiju te terapiju desenzitizacije i reprocesiranja pokretima očiju, EMDR (28, 29). EMDR je psihoterapijska metoda koja se sve više primjenjuje u liječenju posttraumatskoga stresnog poremećaja (PTSP). U sustavnom pregledu s uključenih 15 randomiziranih kontroliranih studija visoke metodološke kvalitete uspoređivani su EMDR s nespecifičnim intervencijama, listama čekanja ili drugim terapijama (30). Rezultati su potvrdili EMDR kao učinkovitu i empirijski utemeljenu metodu u liječenju PTSP-a, u skladu s preporukama međunarodnih zdravstvenih organizacija.

Zaključak

Anksiozni poremećaji predstavljaju heterogenu i klinički izrazito značajnu skupinu psihičkih poremećaja čija složenost proizlazi iz međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Iako anksioznost u svojoj osnovi ima adaptivnu funkciju, njezina perzistencija, intenzitet i neraszmjernost u odnosu na stvarne stresore dovode do razvoja kliničkih stanja koja značajno narušavaju svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života. Visoka prevalencija, sklonost kroničnom tijeku te česta komorbidnost s drugim psihičkim i somatskim poremećajima dodatno naglašavaju važnost pravodobnog prepoznavanja i odgovarajućeg liječenja. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja i dalje predstavlja značajan izazov u kliničkoj praksi. Oslanjanje na klasifikacijske sustave poput DSM-5 i MKB-11 (op. MKB-10 u državama gdje je još u službenoj upotrebi), omogućuje standardizaciju dijagnostičkih kriterija, ali njihova primjena u svakodnevnom radu često je ograničena zbog subjektivnosti kliničke procjene, preklapanja simptoma i prisutnosti komorbiditeta. U tom kontekstu, uporaba strukturiranih i polustrukturiranih intervjua te validiranih psihometrijskih instrumenata predstavlja važan korak prema povećanju dijagnostičke pouzdanosti i preciznosti. Koncept procjene utemeljene na dokazima dodatno naglašava potrebu integracije različitih izvora podataka, uključujući klinički intervju, samoprocjen-ske ljestvice i heteroanamnestičke informacije, čime se omogućuje sveobuhvatnije razumijevanje kliničke slike. Unatoč dostupnosti brojnih dijagnostičkih alata, anksiozni poremećaji često ostaju nedovoljno prepoznati, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje dominiraju somatske manifestacije poput palpitacija, dispneje ili vrtoglavice. To može dovesti do odgode dijagnoze i započinjanja odgovarajućeg liječenja, čime se povećava rizik od kronifikacije simptoma. Stoga je nužno kontinuirano educirati zdravstvene djelatnike o različitim kliničkim prezentacijama anksioznih poremećaja te poticati primjenu kratkih probirnih instrumenata u rutinskoj praksi.

S obzirom na terapijske pristupe, kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) potvrđena je kao temeljna psihoterapijska metoda liječenja, s jasnim dokazima o kratkoročnoj i dugoročnoj učinkovitosti. Njezina usmjerenost na prepoznavanje i modifikaciju maladaptivnih kognitivnih i bihevioralnih obrazaca čini je posebno pogodnom za široki spektar anksioznih poremećaja. Integracija tehnika poput izlaganja, kognitivne restrukturacije i psihoedukacije omogućuje ciljano djelovanje na ključne mehanizme održavanja anksioznosti. Istodobno, razvoj digitalnih intervencija temeljenih na KBT principima predstavlja značajan iskorak u povećanju dostupnosti terapije, osobito u kontekstu ograničenih resursa i nedostatka educiranih terapeuta. Farmakološko liječenje, prvenstveno primjenom selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i inhibitora ponovne pohrane serotonina

i noradrenalina, ostaje važna komponenta terapije, osobito kod umjerenih i teških oblika poremećaja. Međutim, činjenica da značajan udio bolesnika ne postiže zadovoljavajući terapijski odgovor ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjima i razvojem novih terapijskih opcija. Primjena drugih farmakoloških skupina poput antipsihotika druge generacije, iako ponekad korisna u rezistentnim slučajevima, ograničena je sigurnosnim profilom i nedostatkom regulatornih odobrenja. Sve veći interes za alternativne i komplementarne metode liječenja, poput akupunkture ili *dry needlinga*, odražava potrebu za holističkim pristupom liječenju. Iako preliminarni rezultati upućuju na potencijalnu korist, ove metode zahtijevaju dodatna istraživanja kako bi se potvrdila njihova učinkovitost i definirala njihova uloga u standardnim terapijskim smjernicama. Njihova najveća vrijednost trenutno se očituje kao dio integriranoga terapijskog pristupa, u kombinaciji s konvencionalnim metodama. Primjena modela postupne skrbi, kakav preporučuje Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (engl. *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE), predstavlja racionalan i strukturiran okvir za liječenje anksioznih poremećaja. Ovaj pristup omogućuje prilagodbu intenziteta terapije individualnim potrebama pacijenta, čime se optimizira korištenje resursa i povećava učinkovitost liječenja. Poseban naglasak na ranoj intervenciji, psihoedukaciji i dostupnosti terapijskih usluga ključan je za postizanje boljih ishoda. U budućnosti se očekuje daljnji razvoj personaliziranih terapijskih pristupa koji će uzimati u obzir individualne karakteristike pacijenata, uključujući genetike, neurobiološke i psihosocijalne čimbenike. Integracija digitalnih tehnologija, naprednih dijagnostičkih alata i novih terapijskih modaliteta mogla bi značajno unaprijediti dijagnostiku i liječenje anksioznih poremećaja.

Sveukupno, učinkovito suočavanje s anksioznim poremećajima zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje preciznu dijagnostiku, primjenu terapija utemeljenih na dokazima te kontinuirano praćenje i prilagodbu liječenja. Unaprjeđenje dostupnosti skrbi, edukacija stručnjaka i daljnja znanstvena istraživanja ostaju ključni preduvjeti za poboljšanje ishoda i kvalitete života osoba oboljelih od anksioznih poremećaja. U konačnici, daljnji napredak u području anksioznih poremećaja ovisit će o personaliziranoj medicini, integraciji translacijskih istraživanja i kliničke prakse, uz naglasak na identifikaciji preciznih biomarkera, razvoju novih farmakoloških meta i optimizaciji psihoterapijskih protokola. Posebnu važnost ima uvođenje interdisciplinarnih modela skrbi koji povezuju primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističke službe i digitalne platforme. Sinergija između istraživačkih spoznaja i kliničke prakse ključna je za daljnje unaprjeđenje liječenja anksioznih poremećaja. Takav sveobuhvatan pristup omogućuje raniju detekciju, individualizirano liječenje i dugoročno poboljšanje funkcionalnih ishoda, čime se postavljaju temelji za učinkovitije i održivije upravljanje anksioznim poremećajima u suvremenome zdravstvenom sustavu. Uspješno upravljanje anksioznim poremećajima zahtijeva multidisciplinarni, integriran i individualiziran pristup koji objedinjuje ranu dijagnostiku, terapije utemeljene na dokazima i kontinuirano praćenje ishoda. Takav pristup predstavlja temelj za dugoročno poboljšanje funkcionalnog oporavka i kvalitete života oboljelih. U konačnici, održivi napredak zahtijeva kontinuiranu evaluaciju intervencija, razvoj inovativnih terapijskih modela te sustavno jačanje kapaciteta zdravstvenih sustava u globalnom kontekstu mentalnog zdravlja.

LITERATURA

- Gardner DG, Shoback DM, editors. Greenspan's basic and clinical endocrinology. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education / Medical; 2018.
- Shields GS, Sazma MA, Yonelinas AP. The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Sep;68:651-668. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.06.038.
- Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022 Dec 27;328(24):2431-2445. doi: 10.1001/jama.2022.22744.
- First MB, Clarke DE, Yousif L, Eng AM, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: Rationale, Process, and Overview of Changes. *Psychiatr Serv*. 2023 Aug 1;74(8):869-875. doi: 10.1176/appi.ps.20220334.
- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2019. Dostupno na: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
- MKB-10 - Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija / Folnegović Šmalc, Vera (ur.). Zagreb: Medicinska naklada, 1999
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E i sur. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5 disorders – clinician version (SCID-5-CV). Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2015.
- Brown TA, Barlow DH. Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) – adult version: client interview schedule. New York: Oxford University Press; 2014.
- Tolin DF, Wootton BM, Bowe W, Bragdon L, Davis E, Gilliam C i sur. Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive Compulsive and Related Disorders (DIAMOND): description and reliability. Dostupno na: <https://giving.hartfordhospital.org/wp-content/uploads/2023/02/DIAMOND-diagnostic-interview.pdf> (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
- Steuber ER, Miller ML, McGuire JF. Clinical Considerations for an Evidence-Based Assessment of Anxiety Disorders in Adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2024 Dec;47(4):623-639. doi: 10.1016/j.psc.2024.04.009.
- Aktürk Z, Hapfelmeier A, Fomenko A, Dümmler D, Eck S, Olm M i sur. Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) and 2-item (GAD-2) scales for detecting anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Mar 25;3(3):CD015455. doi: 10.1002/14651858.CD015455.
- Trent ES, Storch EA. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2024 Dec;47(4):673-688. doi: 10.1016/j.psc.2024.04.011.
- Planert J, Hildebrand AS, Machulska A, Roesmann K, Neubert M, Pilgramm S i sur. Blended Mobile-Based Interventions With Integrated Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety Disorders: Thematic Analysis of Patient Perspectives. *JMIR Hum Factors*. 2025 Apr 24;12:e60957. doi: 10.2196/60957.
- O'Leary KB, Khan JS. Pharmacotherapy for Anxiety Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2024 Dec;47(4):689-709. doi: 10.1016/j.psc.2024.04.012.
- World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. Geneva: WHO; 2022. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790> (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
- Domschke K, Ströhle A, Zwanzger P. Therapieresistenz bei Angsterkrankungen – Definition und Behandlungsoptionen [Treatment resistance in anxiety disorders-Definition and treatment options]. *Nervenarzt*. 2024 May;95(5):407-415. German. doi: 10.1007/s00115-024-01627-3.
- Domschke K, Seuling PD, Schiele MA, Bandelow B, Batelaan NM, Bokma WA i sur. The definition of treatment resistance in anxiety disorders: a Delphi method-based consensus guideline. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):113-123. doi: 10.1002/wps.21177.
- Offidani E, Fava GA, Tomba E, Baldessarini RJ. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2021;90(1):1-13.
- Amorim D, Brito I, Caseiro A, Figueiredo JP, Pinto A, Macedo I i sur. Electroacupuncture and acupuncture in the treatment of anxiety - A double blinded randomized parallel clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2022 Feb;46:101541. doi: 10.1016/j.ctcp.2022.101541.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety*. 2006;23(4):245-9. doi: 10.1002/da.20182.
- Karakuzu Güngör Z, Koçak FA, Tuncay F, Erdem HR, Kurt EE, Şaş S i sur. Comparison of the effectiveness of dry needling and balneotherapy on pain, mood, anxiety, kinesiophobia, disability, and quality of life of patients with myofascial pain syndrome: A prospective, single-blind, randomized study. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2025 Aug 22;71(3):359-373. doi: 10.5606/tftrd.2025.14531.
- Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Jul.
- NHS England. NHS Talking Therapies for anxiety and depression: implementation guidance [Internet]. Version 7. London: NHS En-

- gland; updated Mar 2024. Dostupno na: NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
27. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1;36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
28. NICE. (2018). Post-traumatic stress disorder (NICE guideline NG116). National Institute for Health and Care Excellence. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
29. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2023. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278> (Pristupljeno: 3. ožujka 2026.)
30. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W i sur. 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2018 Apr-Jun;11(2):101-114. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.12.002.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

dr. sc. Linda Rossini Gajšak, dr. med.
Klinika za psihijatriju Sveti Ivan
Jankomir 11, 10 090 Zagreb
e-mail: lgajsak@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

31. ožujka 2026./March 31, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

12. travnja 2026./April 12, 2026

