

Anksioznost u adolescentskoj dobi

Mandić, Daniela

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Catholic Theology / Sveučilište u Splitu, Katolički bogoslovni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:202:258295>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-11**



Repository / Repozitorij:

[Repository of The Catholic Faculty of Theology
University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET
DIPLOMSKI TEOLOŠKO-KATEHETSKE STUDIJE

DANIELA MANDIĆ

ANKSIOZNOST U ADOLESCENTSKOJ DOBI

Diplomski rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET
DIPLOMSKI TEOLOŠKO-KATEHETSКИ STUDIJ

DANIELA MANDIĆ

ANKSIOZNOST U ADOLESCENTSKOJ DOBI

Diplomski rad

Predmet: Psihologija

Mentor: Dr. Sc. Boris Vidović

Split, 2023.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja, _____, kao pristupnik za stjecanje zvanja *sveučilišnoga/sveučilišne prvostupnika/prvostupnice katehetike*, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo moga vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, _____

Potpis

SAŽETAK

Anksioznost se definira kao osjećaj nelagode, napetosti, zabrinutosti, velikog stresa, panike, straha te iracionalnog lošeg predosjećaja. Anksioznost nije isto što i strah, iako se ta dva koncepta često miješaju. Strah je emocija koja se razvije kada osoba procijeni neku opasnost. Rezultat straha su strategije suočavanja: borba, bijeg ili zamrzavanje.

Simptomi anksioznosti rijetko prolaze neopaženo te često budu razlog zašto neka osoba potraži psihijatrijsku pomoć. Glavna razlika anksioznosti i straha očituje se u tome što se strah pojavljuje kada osoba procijeni da se u blizini nalazi opasnost. Primjerice, strah od napada ili potresa koji prođe nakon opasnosti je samo strah. Simptomi straha su otežano disanje, ubrzan rad srca, ali i ubrzano razmišljanje s ciljem da se problem riješi ili da se osoba spasi. Radi se o stanju, ne samo trenutno izraženom osjećaju. Anksiozni ljudi često nenamjerno preuveličavaju situaciju i stvarnu prijetnju. Taj strah tada postaje paralizirajući i stvara dodatnu traumu. Simptomi anksioznosti rijetko se prepoznaju.

Najčešći simptomi anksioznosti su : uplašenost, nemir, otežana koncentracija, izbjegavanje ljudi i situacija, problemi s prisjećanjem, lupanje srca, glavobolja, pojačana žeđ..

Razlog nastanka anksioznog poremećaja ne mora uvijek biti jasan. Može biti povezan s postojanjem opasnosti, no i ne mora. Kod mnogih se pojavljuje bez prethodnog okidača ili stresnog događaja. Postoje i oni kod kojih se simptomi anksioznosti počnu pojavljivati nakon prekida veze, smrti voljene osobe, otkaza s posla.

Za dijagnosticiranje anksioznosti odvija se pregledom karakterističnih simptoma i znakova. U obzir se uzima i obiteljska anamneza, s time da je moguće da neki ljudi anksioznost dobivaju kao naučeno ponašanje od člana obitelji ili bliske osobe.

Liječenje anksioznosti ovisi o stupnju, trajanju i individualnoj procjeni koliko anksioznost utječe na kvalitetu života osobe. Kod blagih simptoma anksioznosti je liječenje terapijom, umirivanjem, relaksacijskim tehnikama, tjelesnom aktivnošću i psihoeducacijom.

Ključne riječi: anksioznost, strah, simptomi anksioznosti, dijagnosticiranje

SUMMARY

Anxiety is defined as a feeling of discomfort, tension, worry, great stress, panic, fear, and an irrational bad feeling. Anxiety is not the same as fear, although the two concepts are often confused. Fear is an emotion that develops when a person assesses a danger. The result of fear is coping strategies: fight, flight, or freeze.

Symptoms of anxiety rarely go unnoticed and are often the reason why a person seeks psychiatric help. The main difference between anxiety and fear is that fear appears when a person estimates that there is danger nearby. For example, the fear of an attack or an earthquake that passes after the danger is just fear. Symptoms of fear are difficulty breathing, and rapid heartbeat, but also rapid thinking to solve the problem or save the person. accident could happen. It's about a state, not just a currently expressed feeling. Anxious people often unintentionally exaggerate the situation and the real threat. This fear then becomes paralyzing and creates additional trauma. Symptoms of anxiety are rarely recognized.

The most common symptoms of anxiety are fear, restlessness, difficulty concentrating, avoiding people and situations, problems with remembering, palpitations, headache, and increased thirst.

The cause of the anxiety disorder may not always be clear. It may or may not be related to the existence of danger. For many, it appears without a previous trigger or stressful event. There are also those for whom symptoms of anxiety begin to appear after a breakup, the death of a loved one, or dismissal from work.

Diagnosing anxiety is done by examining characteristic symptoms and signs. Family history is also taken into account, with the fact that some people may get anxiety as learned behavior from a family member or close person.

The treatment of anxiety depends on the degree, duration, and individual assessment of how much anxiety affects a person's quality of life. Mild symptoms of anxiety are treated with therapy, calming, relaxation techniques, physical activity, and psychoeducation.

Key words: anxiety, fear, symptoms of anxiety, diagnosis

Sadržaj

UVOD.....	1
1. PROBLEMI I PREDRASUDE PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM LJUDIMA	3
1.1. Problematika stigmatizacije.....	3
1.2. Stavovi, uvjerenja i ponašanja ljudi prema psihički oboljelim osobama	4
1.3. Međuovisnost bihevioralne i tjelesne zdravstvene skrbi	7
1.4. Profesionalno zdravstveno okruženje	8
1.5. Stavovi adolescenata prema psihički oboljelim osobama	9
2. PROBLEM ANKSIOZNOSTI KAO PSIHIČKE BOLESTI	11
2.1. Pojam anksioznosti	11
2.2. Patofiziologija.....	14
2.3. Simptomi	14
2.4. Pojava anksioznog poremećaja	16
2.5. Uzroci pojave.....	18
2.6. Liječenje	20
3. LIJEČENJE I TERAPIJA KOD ANKSIOZNOSTI ADOLESCENATA.....	22
3.1. Pojava anksioznosti kod adolescenata.....	22
3.2. Čimbenici pojave anksioznosti u adolescenciji	27
3.2.1. Etiološki čimbenici.....	27
3.2.2. Biološki čimbenici.....	28
3.2.3. Interpersonalni stres	29
3.2.4. Kognitivni čimbenici.....	30
3.3. Liječenje anksioznosti	31
3.4. Psihoterapija i bihevioralna terapija	36
3.5. Liječnička skrbi i suradnja s pacijentom	40
3.6. Primjena lijekova u liječenju	42
4. ZAKLJUČAK	48
LITERATURA.....	50

UVOD

Anksioznost je ozbiljno zdravstveno stanje i duboka briga za javno zdravlje. Iako je razvoj anksioznosti vjerojatan zbog kombinacije čimbenika, razumijevanje učinaka, mogućih okidača i liječenja poremećaja ključno je za promicanje dobrobiti pogođenih pojedinaca.

Anksiozni poremećaji najčešća su psihijatrijska stanja u djece i adolescenata, a pogađaju gotovo 1 od 12 djece i 1 od 4 adolescenta. Anksiozni poremećaji uključuju specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni poremećaj, agorafobiju, panični poremećaj i generalizirani anksiozni poremećaj.

Čimbenici rizika uključuju roditeljsku povijest anksioznih poremećaja, socioekonomske stresore, izloženost nasilju i traume. US Preventive Services Task Force preporučuje probir na anksiozne poremećaje kod djece od osam godina i starije; nema dovoljno dokaza koji podupiru probir kod djece mlađe od osam godina.

Simptomi anksioznih poremećaja u djece i adolescenata slični su onima u odraslih i mogu uključivati fizičke simptome i simptome ponašanja kao što su dijaforeza, palpitacije i napadi bijesa. Potrebno je obratiti pažnju na razlikovanje simptoma poremećaja od normalnih razvojnih strahova i ponašanja, kao što je tjeskoba odvajanja u dojenčadi i male djece.

Nekoliko validiranih mjera probira korisno je za početnu procjenu i kontinuirano praćenje. Kognitivno bihevioralna terapija i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina glavni su oslonac liječenja i mogu se koristiti kao monoterapije ili u kombinaciji. Prognoza se poboljšava uz ranu intervenciju, podršku njegovatelja i profesionalnu suradnju.

Također postoji potreba proučavanja tijeka anksioznih poremećaja prisutnih u svijetu kako bi se utvrdila potreba i trajanje nastavka liječenja. Studije bi također trebale procijeniti troškovno učinkovite modele liječenja koji se mogu lako koristiti u okruženju primarne zdravstvene zaštite za učinkovito liječenje anksioznosti.

Prema procjenama WHO-a, anksioznost će još jedno desetljeće postati druga najveća bolest po morbiditetu u svijetu, već sada svaka peta žena, a dvanaest muškaraca ima depresiju. Ne samo odrasli, već dva posto školske djece i pet posto tinejdžera također boluju od anksioznosti, a one su uglavnom neidentificirane.

Anksioznost je najčešći razlog zašto ljudi dolaze psihijatru, iako je percepcija običnog čovjeka da su svi psihički problemi anksioznost. Ono što se vidi kod većine pacijenata je mit povezan s depresijom. Ljudi još uvijek vjeruju da je to zbog neke slabosti osobnosti, ili da se to može sam izliječiti, ili da će lijekovi trajati doživotno i da su samo sedativi. Sve su to mitovi, a uglavnom su ih stvorili iscjelitelji vjerom, ili nekvalificirani savjetnici, i nemedicinski stručnjaci za svoje vlastite interese, a uglavnom od strane nesvjesnog društva.

Povećana svijest i pristup psihijatrima glavni je razlog povećanja broja pacijenata, a ne nužno i porast prevalencije. Uz novije lijekove i bolje uvjete, liječenje anksioznosti postalo je lakše, a većina ljudi vrlo dobro reagira na liječenje i vrlo brzo se vraćaju optimalnom funkcioniranju.

Anksiozna bolest dolazi u različitim oblicima, baš kao i mnoge druge bolesti: i. Teška anksioznost očituje se kombinacijom simptoma koji ometaju sposobnost rada, spavanja, jedenja i uživanja u nekad ugodnim aktivnostima. Ove onesposobljavajuće epizode anksioznosti mogu se dogoditi jednom, dvaput ili nekoliko puta u životu.

Distimija, lakši tip anksioznosti, uključuje dugotrajne, kronične simptome koji vas ne onesposobljavaju, ali vas sprječavaju da funkcionirate “punom parom” ili da se osjećate dobro. Ponekad osobe s distimijom također doživljavaju velike depresivne epizode.

Manično-anksiozna ili bipolarna bolest nije ni približno toliko rasprostranjena kao drugi oblici anksioznih bolesti. Uključuje cikluse anksioznosti i ushićenja ili manije. Ponekad su promjene raspoloženja dramatične i brze, ali najčešće su postupne. Kada ste u depresivnom ciklusu, možete imati bilo koji ili sve ostale simptome depresivne bolesti. U maničnom ciklusu mogu se javiti bilo koji ili svi simptomi navedeni pod manijom. Manija često utječe na razmišljanje, prosuđivanje i društveno ponašanje na načine koji mogu uzrokovati ozbiljne probleme i neugodnosti.

Anksioznost je najčešći psihijatrijski poremećaj prijavljen u većini studija u zajednici. Također se navodi kao jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja u populaciji izvanbolničkih klinika i kod ispitanika koji se vide u različitim medicinskim i kirurškim okruženjima. Također se navodi da je to najčešći psihijatrijski poremećaj kod starijih osoba u različitim okruženjima.

Ne iskuse svi koji su anksiozni ili manični sve simptome. Neki mogu osjetiti nekoliko simptoma, neki mnogo. Također, ozbiljnost simptoma može varirati od pojedinca do pojedinca.

1. PROBLEMI I PREDRASUDE PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM LJUDIMA

Ovo poglavlje definira i obrađuje glavni fokus rada, a to su stavovi i predrasude prema psihički oboljelim osobama. Kroz poglavlje se opisuje problem stigmatizacije psihički bolesnih ljudi. Nadalje, problematiziraju se stavovi, uvjerenja te ponašanja ljudi u društvu prema psihičkim bolesnicima. Također u ovom poglavlju se definira ovisnost bihevioralne, tjelesne zdravstvene skrbi, profesionalno okruženje te stavova studenata prema psihički obolelim osobama.

1.1. Problematika stigmatizacije

Dok većina zdravstvenih djelatnika ulazi u područje zdravstvene skrbi s dobrim namjerama, također je istina da oni podržavaju stereotipe i diskriminiraju osobe s psihičkim bolestima i problemima zlorabe tvari.

Više od polovice osoba s psihičkim bolestima ne dobiva pomoć za svoje poremećaje. Ljudi često izbjegavaju ili odgađaju traženje liječenja zbog zabrinutosti da će se prema njima drugačije postupati ili zbog straha od gubitka posla i sredstava za život. To je zato što su stigma, predrasude i diskriminacija protiv osoba s psihičkim bolestima još uvijek velik problem.

"Stigma, predrasude i diskriminacija protiv osoba s duševnim bolestima mogu biti suptilne ili očite – ali bez obzira na veličinu, mogu dovesti do štete. Osobe s duševnim bolestima su marginalizirane i diskriminirane na različite načine, ali razumijevanje kako to izgleda i kako to riješiti i iskorijeniti može pomoći."¹

Stigma često dolazi od nedostatka razumijevanja ili straha. Netočne ili pogrešne medijske reprezentacije psihičkih bolesti pridonose oba ta čimbenika. Pregled studija o stigmati pokazuje da dok javnost može prihvatiti medicinsku ili genetsku prirodu poremećaja mentalnog zdravlja i potrebu za liječenjem, mnogi ljudi još uvijek imaju negativno mišljenje o osobama s psihičkim bolestima.²

¹ Ross, C.A. and Goldner, E.M. (2009) Stigma, Negative Attitudes and Discrimination towards Mental Illness within the Nursing Profession: A Review of the Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 559.

² Usp. Ross, C.A. and Goldner, E.M. (2009) Stigma, Negative Attitudes and Discrimination towards Mental Illness within the Nursing Profession: A Review of the Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558-567.

Doista, osobe s psihičkim bolestima i njihove obitelji često prijavljuju stigmatu i diskriminaciju u svojim interakcijama unutar zdravstvenog sustava. Stručnjaci za mentalno zdravlje, svjesni stigme u zajednici, bili su na čelu javnih programa smanjenja stigme³

Međutim, dokazi o negativnim stavovima i ponašanju prema osobama s psihičkim bolestima među zdravstvenim radnicima pokazuju potrebu za provedbom strategija za smanjenje stigme u području zdravstvene skrbi. Ovo pogolavlje sažima trenutačno znanje o tome kako se stigma očituje u zdravstvenim ustanovama i kako utječe na živote ljudi s psihičkim bolestima i problemima zlouporabe sredstava ovisnosti.

1.2. Stavovi, uvjerenja i ponašanja ljudi prema psihički oboljelim osobama

Postojeća istraživanja o stavovima ljudi prema osobama s psihičkim bolestima i problemima ovisnosti otkrivaju suprotne trendove, pri čemu većina studija ukazuje na pozitivne i negativne stavove. Ankete pokazuju da ljudi podržavaju krivnju opasnost i nepredvidljivost. Medicinske sestre i osoblje hitne pomoći izvještavaju o osjećaju straha pri liječenju ove populacije.⁴

Stav je organizirana predispozicija za mišljenje, osjećanje, opažanje i ponašanje na određeni način u prisutnosti referenta ili kognitivnog objekta, kao stalna struktura uvjerenja koja utječu na nekoga da se ponaša na selektivni način suočen s referentima u stavovima, u ovaj slučaj prema osobama pogođenim mentalnim bolestima.⁵

U kombinaciji s tim, način na koji su percepcija, uvjerenja, mišljenja i stavovi prema ovim ljudima u velikoj mjeri određeni obrascima društvenih skupina stanovništva. Ovi obrasci su oblikovani procesom socijalizacije, uspostavljanjem odnosa koji promiču ili kočuju stvaranje vrijednosti, percepcija i određenih koncepata, što odgovara negativnim vrijednostima koje

³ Usp. Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 555–598.

⁴ Usp. Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106–113.

⁵ Usp. Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., ... Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 71-79.

dovode do stigmatizacije, diskriminacije i uspostavljanja negativnih stavova prema određenim ljudima ili društvenoj skupini, uključujući oni koji su pogođeni nekom mentalnom patologijom.

Dakle, stav i ponašanje prema osobama oboljelima od mentalne bolesti izražavaju se kroz prezir, predrasude i diskriminaciju. Dokazi pokazuju da su osobe pogođene mentalnim bolestima jedna od najosjetljivijih populacija, budući da se često suočavaju s diskriminirajućim stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika, što nastoji ograničiti njihova prava i stvoriti nejednakost u pristupu, liječenju i zdravstvenim rezultatima.

Kao posljedica ovih predrasuda, diskriminirajućih postupaka i stavova prema osobama s psihijatrijskim poremećajima, ljudi često imaju nisko samopoštovanje i nižu kvalitetu života, što više nisku adherenciju na liječenje i značajno smanjenje društvenih mreža .⁶

Također je primijećeno da ti ljudi obično ne mogu pristupiti standardiziranom poslu ili obrazovnom mjestu, osim toga predstavljaju poteškoće u uspostavljanju prijateljske veze ili veze u paru.

Stoga postaje kontraproduktivna pojava postići punu društvenu uključenost pojedinaca s nekim psihičkim poremećajem, uz to ometati traženje i održavanje zaposlenja, nemogućnost nastavka ili završetka studija, postizanje tehničkih ili profesionalnih ciljeva, posjedovanje odgovarajućeg stambenog prostora. , u kombinaciji s nedostatkom socijalne podrške, niskim samopoštovanjem i povećanim rizikom od samoubojstva.⁷

Ovi negativni stavovi uočeni su čak i kod stručnjaka za mentalno zdravlje poput liječnika, psihijatarata, psihologa i medicinskih sestara. S tim u vezi, istraživanje pokazuje da više od 40% osoba pogođenih mentalnim poremećajem barem u jednoj prilici ističe nepravedno postupanje u zdravstvenim službama, što negativno utječe na kvalitetu skrbi koju pružaju medicinskog tima pacijentima oboljelima od bilo koje bolesti iz spektra mentalnog zdravlja.

Ljudi pokazuju tendenciju više negativno nego pozitivno promatrati osobe s psihičkim bolestima, karakterizirajući ih, na primjer, kao manipulativne i nedostatkom snage volje, ili uznemirujućim,

⁶ Usp- Corrigan, P. W., Sokol, K. A., Rüsçh, N. (2013). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *CommunityMental Health Journal*, 49(1), 1–6.

⁷ Usp. Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., ... Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 71-79

neučinkovitim i teškim za komunikaciju. Zdravstveni djelatnici općenito također će vjerojatno podržati socijalnu distancu po stopama sličnim onima u općoj javnosti.

S pozitivne strane, studije su otkrile da stručnjaci za mentalno zdravlje promiču intervencije u zajednici umjesto institucija i podupiru građanska prava. Među stručnjacima za mentalno zdravlje uglavnom postoje pozitivni stavovi o učinkovitosti liječenja.

Međutim, osobe s psihičkim bolestima prijavljuju nezadovoljstvo mogućnostima liječenja (npr. lijekovi umjesto psihoterapije) i često vidljivim i opasnim nuspojavama lijekova. Psihijatri bi također mogli imati slične brige o lijekovima jer je jedno istraživanje pokazalo da bi oni sami oklijevali koristiti antipsihotike.⁸

Iako se smatra da je liječenje korisno, čini se da su stručnjaci u cjelini pesimistični u pogledu oporavka, pri čemu ih čak polovica ne podupire oporavak kao ishod ozbiljne mentalne bolesti.

Autor je usporedio stavove o oporavku kod različitih poremećaja i otkrio da su zdravstveni radnici bili pesimističniji u pogledu oporavka i dugoročnih ishoda za osobe sa shizofrenijom nego za osobe sa depresijom.⁹

Posebno su štetni stavovi ljudi prema osobama s poremećajem osobnosti, ovisnicima o drogama i osobama koje se samoozljeđuju. Osobe s graničnim poremećajem osobnosti često se smatraju manipulativnima, nezaslužujućima, dosadnima i teškima zbog čega neki stručnjaci za mentalno zdravlje isključuju ove populacije od liječenja.

Osobe koje su se samoozljeđivale izvijestile su da su ih stručnjaci hitne pomoći kaznili, a medicinske sestre su ih oštro osudile. Medicinske sestre i osoblje hitne pomoći skloni su negodovati zbog preusmjeravanja skrbi na osobe koje se samoozljeđuju, podržavajući stavove ljutnje i neprijateljstva prema njima.¹⁰

Utvrđeno je da su osobe s problemima ovisnosti stigmatizirane više od osoba s drugim psihičkim poremećajima, s izrazito višom stigmom usmjerenom na one s ovisnosti o drogama.

⁸ Usp. Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567.

⁹ Usp. Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 419–425.

¹⁰ Usp. Isto

Nekoliko studija uspoređivalo je stavove zdravstvenih djelatnika između disciplina. Nalazi sugeriraju da su psihijatri pesimističniji u pogledu psihičkih bolesti u usporedbi s liječnicima opće prakse, kliničkim psiholozima i psihičkim zdravljem medicinske sestre.¹¹

Međutim, korisnici usluga prijavljuju veću stigmiju u interakciji s općim zdravstvenim radnicima nego stručnjacima za mentalno zdravlje, sa stavovima osoblja hitne pomoći koji se smatraju posebno štetnim.

1.3. Međuovisnost bihevioralne i tjelesne zdravstvene skrbi

Važni aspekti koji se odnose na razumijevanje diskriminacije u općim zdravstvenim ustanovama za osobe s psihičkim bolestima su :¹²

- zdravstvene razlike s kojima se suočava ova skupina i
- njihove interakcije sa zdravstvenim radnicima.

Višestruki čimbenici životnog stila pridonose tim razlikama, ali istraživanje sugerira da bi stigmatizirajući stavovi koje imaju pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite također mogli biti čimbenik.

Pružatelji primarne zdravstvene zaštite često ne nude rutinske usluge ili se ne pridržavaju standarda prakse.

U usporedbi s osobama bez psihičkih bolesti, istraživanja pokazuju da je manje vjerojatno da će osobe s psihičkim bolestima dobiti medicinske preglede, rutinske postupke kao što je kateterizacija srca, uputiti specijalistima ili ponovno izdati recepte. Međuljudski i organizacijski aspekti medicinske skrbi također mogu pridonijeti gore opisanim razlikama.¹³

Dijagnostičko zasjenjenje primijenjeno je na situacije u kojima medicinski stručnjaci ne vjeruju ili ne reagiraju na izvješća o fizičkim simptomima, pripisujući ih prije prezentaciji mentalne

¹¹ Usp. Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106–113.

¹² Usp. Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 42–54.

¹³ Usp. Isto

bolesti osobe. Takvo ponašanje stručnjaka za tjelesno i mentalno zdravlje može odgoditi skrb, što dovodi do ozbiljnijih zdravstvenih problema i viših stopa smrtnosti.¹⁴

Na primjer, medicinske sestre u općoj zdravstvenoj skrbi izvještavaju o pružanju njege na način orijentiran na zadatak, brinući se o psihijatrijskim potrebama samo ako im je vrijeme dopušteno ili kada su sve ostale potrebe zadovoljene.

Primjer načina na koji organizacijske politike mogu doprinijeti je primjer frustracije osoblja hitne pomoći koje je izvijestilo o niskom prioritetu koji se pridaje hitnim psihijatrijskim stanjima kao politici u nekim centrima za hitnu pomoć.¹⁵

1.4. Profesionalno zdravstveno okruženje

Aspekti profesionalnog zdravstvenog radnog mjesta također mogu pridonijeti održavanju stereotipa i ometanju kvalitetne skrbi. Uzmimo za primjer učinak kontakta s osobama s psihičkim bolestima u zdravstvenim ustanovama. Postoje čvrsti dokazi da je kontakt s marginaliziranom skupinom učinkovito sredstvo za smanjenje stigme.

Priroda kontakta u zdravstvenim okruženjima stavlja praktičare u redovit kontakt s osobama s teškim i kroničnim simptomima koji mogu imati paradoksalan učinak koji zapravo održava stereotipne pretpostavke. Nadalje, teorija kontakta navodi četiri uvjeta za optimalan kontakt uključujući jednak status između grupa. Ovo je stanje obično narušeno inherentnom neravnotežom koja često postoji između zdravstvenih radnika i potrošača, što može smanjiti pozitivne učinke kontakta.¹⁶

Međutim, čini se da se negativni učinak kontakta među nekim zdravstvenim radnicima smanjuje s povećanjem iskustva i dobi. Iskustvo i dob također su povezani sa smanjenim izgaranjem. Sagorijevanje, rezultat kroničnog stresa na poslu, karakterizirano je iscrpljenošću, osjećajem neučinkovitosti te odvojenošću i cinizmom prema poslu. Sagorijevanje je povezano s negativnim stavovima i smanjenom kvalitetom skrbi stručnjaka za mentalno zdravlje.

¹⁴ Usp. Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 419–425.

¹⁵ Usp. Isto

¹⁶ Usp. Isto

Autor je opisao su nekoliko aspekata radnog okruženja koji ograničavaju pružanje odgovarajuće skrbi i na kraju dovode do sagorijevanja, uključujući nepodržavajuće okruženje, ograničene resurse, neadekvatne objekte i stigmatu usmjerenu na stručnjake za mentalno zdravlje. Zdravstveni djelatnici navode da ove negativne karakteristike utječu na kvalitetu skrbi koju pružaju.¹⁷

Na primjer, medicinske sestre su izvijestile da je nedostatak sredstava i infrastrukture ugrozio njihovu sigurnost, što je pogoršalo strah od skrbi za osobe s psihičkim bolestima i rezultiralo odgađanjem ili izbjegavanjem skrbi.

Nasuprot tome, pokazalo se da stručnjaci za zlouporabu tvari s više organizacijske podrške, nadzora i konzultacija sa stručnjacima imaju pozitivnije stavove prema osobama s problemima ovisnosti. Stigma se također može proširiti na pružatelje usluga mentalnog zdravlja, a to može pogoršati javnu stigmatu, kao i utjecati na stavove prema traženju skrbi.¹⁸

1.5. Stavovi adolescenata prema psihički oboljelim osobama

Međunarodne studije provedene na studentima medicine pokazuju da njihov stav ima negativne rezultate prema socijalnom tretmanu i vraćanju osoba pogođenih mentalnim bolestima u usporedbi sa studentima sestinstva¹⁹

U vezi s tim, uočeno je da postoji veća stopa tolerancije, dobronamjernosti i optimizma kod studenata medicine mlađih od 20 godina, koja se smanjuje s godinama. Analizirajući razlike u odnosu prema osobama s mentalnim poremećajima, uočeno je da studenti medicine utvrđuju kategorije pacijenata, pokazujući manje empatije prema oboljelima od psihijatrijske bolesti u odnosu na druge korisnike.

Ipak, studije otkrivaju da adolescenti koji su bili upoznati s osobama s mentalnim poremećajima imaju manje restriktivne i dobronamjernije stavove prema ovoj populaciji. S druge strane, kada postoji obuka u stjecanju znanja i uvjerenja koja poboljšavaju prepoznavanje, rukovanje i

¹⁷ Usp. Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 42–54.

¹⁸ Usp. Isto

¹⁹ Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D., Ramachandra, S., Badamath, S. (2014). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 368-372.

prevenciju mentalnih bolesti, stvara se smanjenje ovih diskriminirajućih stavova prema osobama s mentalnim poremećajima, što je pak povezano s manjim jazom. u liječenju i boljoj kvaliteti života pacijenata i njihovih obitelji ²⁰

"Na sličan način, primijećeno je kod zdravstvenih radnika da se pozitivan stav pojačava kada postoji iskustvo u psihijatrijskim službama dulje od mjesec dana, također predstavljajući manje pokazatelje restriktivnih stavova i velike dobronamjerne stavove kada veza i kontakt s korisnicima pogođenim mentalnom patologijom su uspostavljeni, osobito kod onih koji imaju člana obitelji ili bliskog prijatelja s ovom dijagnozom, što ukazuje na sinergijski odnos kada postoji veća je blizina ovoj populaciji" ²¹

Kao što se može vidjeti, međunarodni dokazi pokazuju da adolescenti imaju nekoliko stavova prema osobama pogođenim mentalnom bolešću, što izravno utječe na kvalitetu brige i pažnje koja se pruža pacijentima pogođenim ovim patologijama.

Ovo je od velike važnosti, jer ti stavovi stvaraju izravne posljedice na mentalno zdravlje pogođenih ljudi, što može dovesti do ozbiljnih posljedica poput samoubojstva. Stoga je važno rano upoznati uvjerenja i stavove studenata medicine prema tim korisnicima te na taj način prepoznati moguće negativne percepcije i poduzeti mjere kako bi se smanjila stigmatizacija u ovoj skupini i njezine posljedice u populaciji korisnika zdravstvenih usluga.

²⁰ Usp. Lam, A. Y., Jorm, A. F., & Wong, D. F. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: Effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 18-24

²¹ Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), 71.

2. PROBLEM ANKSIOZNOSTI KAO PSIHIČKE BOLESTI

2.1. Pojam anksioznosti

"Anksioznost je emocija koju karakterizira neugodno stanje unutarnjeg nemira i uključuje subjektivno neugodne osjećaje straha od očekivanih događaja. Često je popraćeno nervoznim ponašanjem kao što je koračanje naprijed-nazad, somatskim tegobama i ruminacijom." ²²

Anksioznost je osjećaj nelagode i zabrinutosti, obično generaliziran i nefokusiran kao pretjerana reakcija na situaciju koja se samo subjektivno doživljava kao prijeteća. Često je praćena mišićnom napetosti, nemir, umorom, nemogućnošću hvatanja daha, stezanjem u trbušnoj regiji, mučninom i problemima koncentracije.

"Anksioznost je usko povezana sa strahom, koji je odgovor na stvarnu ili percipiranu neposrednu prijetnju (odgovor na borbu ili bijeg); anksioznost uključuje očekivanje buduće prijetnje uključujući strah. Ljudi suočeni s anksioznošću mogu se povući iz situacija koje su u prošlosti izazivale anksioznost" ²³

Iako je anksioznost tipična ljudska reakcija, ako je pretjerana ili traje nakon razvojno prikladnih razdoblja, može se dijagnosticirati kao anksiozni poremećaj. Postoji više oblika anksioznog poremećaja (kao što je generalizirani anksiozni poremećaj i opsesivno kompulzivni poremećaj) sa specifičnim kliničkim definicijama.

Dio definicije anksioznog poremećaja, koja ga razlikuje od svakodnevne anksioznosti, jest da je uporan, obično traje 6 mjeseci ili više, iako je kriterij trajanja zamišljen kao opći vodič uz dopuštenje određenog stupnja fleksibilnosti i ponekad kraćeg trajanja u djece. ²⁴

Anksioznost se razlikuje od straha, koji je odgovarajući kognitivni i emocionalni odgovor na percipiranu prijetnju. Anksioznost je povezana sa specifičnim ponašanjem reakcija borbe ili bijega, obrambenog ponašanja ili bijega.

Postoji pogrešna pretpostavka koja često kruži da se anksioznost javlja samo u situacijama koje se percipiraju kao nekontrolirane ili neizbježne, ali to nije uvijek tako. David Barlow definira tjeskobu kao "stanje raspoloženja usmjereno na budućnost u kojem osoba nije spremna ili

²² Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 283.

²³ Isto.

²⁴ Usp Isto.

spremna pokušati se nositi s nadolazećim negativnim događajima," te da je to razlika između budućih i sadašnjih opasnosti koja dijeli tjeskobu i strah. Drugi opis tjeskobe je agonija, strah, teror ili čak strepnja²⁵.

U pozitivnoj psihologiji anksioznost se opisuje kao mentalno stanje koje je posljedica teškog izazova za koji subjekt nema dovoljno vještina suočavanja.

Anksioznost je emocija koju karakterizira neugodno stanje unutarnjeg nemira i uključuje osjećaje straha zbog očekivanih događaja. Anksioznost se razlikuje od straha po tome što se strah definira kao emocionalni odgovor na stvarnu prijetnju, dok je tjeskoba iščekivanje buduće prijetnje. Često je popraćeno nervoznim ponašanjem kao što je koračanje naprijed-nazad, somatskim tegobama i ruminacijom.

"Anksioznost je osjećaj nelagode i zabrinutosti, obično generaliziran i nefokusiran kao pretjerana reakcija na situaciju koja se samo subjektivno doživljava kao prijetnja. Često je praćena mišićnom napetošću, nemirom, umorom, nemogućnošću hvatanja daha, stezanjem u trbušnoj regiji, mučninom i problemima koncentracije. Anksioznost je usko povezana sa strahom, koji je odgovor na stvarnu ili percipiranu neposrednu prijetnju (odgovor na borbu ili bijeg); anksioznost uključuje očekivanje buduće prijetnje uključujući strah. Ljudi suočeni s anksioznošću mogu se povući iz situacija koje su u prošlosti izazivale anksioznost".²⁶

Emocija tjeskobe može trajati dulje od razvojno prikladnih vremenskih razdoblja kao odgovor na određene događaje i tako se pretvoriti u jedan od višestrukih anksioznih poremećaja (npr. generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj).

Razlika između anksioznog poremećaja (kao mentalnog poremećaja) i anksioznosti (kao normalne emocije) je u tome što ljudi s anksioznim poremećajem osjećaju anksioznost većinu dana tijekom otprilike 6 mjeseci, a kod djece čak i tijekom kraćih vremenskih razdoblja. Anksiozni poremećaji su među najupornijim mentalnim problemima i često traju desetljećima.²⁷

Osim toga, jaki osjećaji anksioznosti postoje i unutar drugih mentalnih poremećaja, npr. opsesivno-kompulzivnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja.

²⁵ Usp Isto.

²⁶ Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 419

²⁷ Mihaljević-Peješ A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Soc psihijetrija*, 283- 291.

Anksioznost se razlikuje od straha, koji je odgovarajući kognitivni i emocionalni odgovor na percipiranu prijetnju. Anksioznost je povezana sa specifičnim ponašanjima reakcija borbe ili bijega, obrambenog ponašanja ili bijega.²⁸

Postoji pogrešna pretpostavka koja često kruži da se anksioznost javlja samo u situacijama koje se percipiraju kao nekontrolirane ili neizbježne, ali to nije uvijek tako.

Lam i suradnici (2010) definiraju anksioznost kao "stanje raspoloženja usmjereno na budućnost u kojem osoba nije spremna ili spremna pokušati se nositi s nadolazećim negativnim događajima," te da je to razlika između budućih i sadašnjih opasnosti koja dijeli tjeskobu i strah. Drugi opis tjeskobe je agonija, strah, teror ili čak strepnja. U pozitivnoj psihologiji anksioznost se opisuje kao mentalno stanje koje proizlazi iz teškog izazova s kojim subjekt nema dovoljno vještina suočavanja.²⁹

"Strah i anksioznost mogu se diferencirati u četiri domene :

1. trajanje emocionalnog iskustva,
2. vremenski fokus,
3. specifičnost prijetnje i
4. motivirano usmjerenje. Strah je kratkotrajan, usmjeren na sadašnjost, usmjeren na određenu prijetnju i olakšava bijeg od prijetnje.

S druge strane, anksioznost je dugotrajna, usmjerena na budućnost, široko usmjerena na difuznu prijetnju, potiče pretjerani oprez pri pristupanju potencijalnoj prijetnji i ometa konstruktivno suočavanje."³⁰

²⁸ Usp Isto.

²⁹ Lam, A. Y., Jorm, A. F., & Wong, D. F. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: Effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 19.

³⁰ Mihaljević-Pešić A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Soc psihijatrija*, 290.

2.2. Patofiziologija

"Čini se da je anksiozni poremećaj genetski naslijeđena neurokemijska disfunkcija koja može uključivati autonomnu neravnotežu; smanjen GABA- ergički tonus; alelni polimorfizam gena za katehol -O- metiltransferazu (COMT); povećana funkcija receptora adenoza; povećan kortizol." ³¹

"Čini se da su u središnjem živčanom sustavu (CNS) glavni medijatori simptoma anksioznih poremećaja norepinefrin, serotonin, dopamin i gama- aminomaslačna kiselina (GABA). Mogu biti uključeni i drugi neurotransmiteri i peptidi, poput faktora koji oslobađa kortikotropin. Periferno, autonomni živčani sustav, osobito simpatički živčani sustav, posreduje u mnogim simptomima. Povećan protok u desnom parahipokampalnom području i smanjeno vezanje receptora serotonina tipa 1A u prednjem i stražnjem cingulatu i rafe pacijenata dijagnostički su čimbenici za prevalenciju anksioznog poremećaja." ³²

Amigdala je ključna za obradu straha i tjeskobe i njezina funkcija može biti poremećena u anksioznim poremećajima . Obrada anksioznosti u bazolateralnom amigdala je upletena u širenje dendritika arborizacija amigdaloidnih neurona. SK2 kalijevi kanali posreduju inhibicijski utjecaj na akcijske potencijale i smanjuju arborizaciju.

2.3. Simptomi

Anksioznost se može iskusiti s dugim, dugotrajnim svakodnevnim simptomima koji smanjuju kvalitetu života, poznatim kao kronična (ili generalizirana) tjeskoba, ili se može iskusiti u kratkim naletima sa sporadičnim, stresnim napadajima panike, poznatim kao akutna anksioznost.

Simptomi anksioznosti mogu varirati u broju, intenzitetu i učestalosti, ovisno o osobi. Međutim, većina ljudi ne pati od kronične anksioznosti .³³

³¹ Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 420.

³² Leahy, R. L. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 82.

³³ Usp. Isto

Anksioznost može uzrokovati nekoliko psihičkih bolova (npr. depresija) ili mentalnih poremećaja te može dovesti do samoozljeđivanja ili samoubojstva (za što postoje namjenske telefonske linije).

Učinci anksioznosti na ponašanje mogu uključivati povlačenje iz situacija koje su u prošlosti izazivale anksioznost ili negativne osjećaje. Drugi učinci mogu uključivati promjene u obrascima spavanja, promjene u navikama, povećanje ili smanjenje unosa hrane i povećanu motoričku napetost (kao što je tapkanje stopalima).

"Emocionalni učinci tjeskobe mogu uključivati "osjećaj strepnje ili straha, poteškoće s koncentracijom, osjećaj napetosti ili nervoze, iščekivanje najgoreg, razdražljivost, nemir, promatranje (i čekanje) na znakove (i pojave) opasnosti, i osjećaj kao da vaš um nestalo" kao i "noćne more/loši snovi, opsesije senzacijama, déjà vu, osjećaj zarobljenosti u vašem umu i osjećaj da je sve zastrašujuće." Može uključivati nejasno iskustvo i osjećaj bespomoćnosti ".³⁴

Leahy navodi da kognitivni učinci tjeskobe mogu uključivati misli o navodnim opasnostima, kao što je strah od umiranja: "Možda ... se bojite da su bolovi u prsima smrtonosni srčani udar ili da su pucajući bolovi u vašoj glavi rezultat tumora ili aneurizma. Osjećate intenzivan strah kada pomislite na umiranje, ili možda o tome razmišljate češće nego inače, ili to ne možete izbaciti iz misli." ³⁵

"Fiziološki simptomi anksioznosti mogu uključivati :³⁶

- Neurološki, kao što su glavobolja, parestezije, fascikulacije, vrtoglavica ili presinkopa.
- Digestivni, poput bolova u trbuhu, mučnine, proljeva, probavnih smetnji, suhih usta ili bolusa. Hormoni stresa koji se oslobađaju u stanju tjeskobe utječu na rad crijeva i mogu manifestirati fizičke simptome koji mogu pridonijeti ili pogoršati IBS.
- Respiratorni, kao kratkoća daha ili disanje uz uzdisanje.
- Srčani, poput lupanja srca, tahikardije ili boli u prsima.
- Mišićna, kao umor, drhtanje ili tetanija.

³⁴ Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 291.

³⁵ Usp. Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 92.

³⁶Usp. Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijat. str. 283-291.

- Kožni, poput znojenja ili svrbeža kože.
- Uro-genitalni, poput učestalog mokrenja, hitnog mokrenja, dispareunije ili impotencije, sindroma kronične boli u zdjelici."³⁷

2.4. Pojava anksioznog poremećaja

Anksiozni poremećaji su skupina mentalnih poremećaja koje karakteriziraju pretjerani osjećaji tjeskobe i reakcije na strah. Anksioznost je zabrinutost zbog budućih događaja, a strah je reakcija na trenutne događaje. Ovi osjećaji mogu uzrokovati fizičke simptome, poput ubrzanog rada srca i drhtavice.

Postoji niz anksioznih poremećaja: uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, specifičnu fobiju, socijalni anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni poremećaj, agorafobiju, panični poremećaj i selektivni mutizam. Poremećaj se razlikuje po tome što rezultira simptomima. Ljudi često imaju više od jednog anksioznog poremećaja.³⁸

Anksiozni poremećaji uzrokovani su složenom kombinacijom genetskih i okolišnih čimbenika. Da bi se postavili dijagnoza, simptomi obično moraju biti prisutni najmanje šest mjeseci, biti duži nego što bi se očekivalo u datoj situaciji i smanjiti sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu.

Ostali problemi koji mogu rezultirati sličnim simptomima uključuju hipertireozu, bolesti srca, kofein, alkohol ili korištenje kanabisa te odvikavanje od određenih droga, između ostalog.

Bez liječenja, anksiozni poremećaji obično ostaju. Liječenje može uključivati promjene načina života, savjetovanje i lijekove. Savjetovanje je obično s nekom vrstom kognitivne bihevioralne terapije. Lijekovi, poput antidepresiva ili beta blokatora, mogu poboljšati simptome. Pregled iz 2023. pokazao je da je redovita tjelesna aktivnost učinkovita za smanjenje anksioznosti.

Otprilike 12% ljudi pogođeno je anksioznim poremećajem u određenoj godini, a između 12-30% pogođeno je u nekom trenutku svog života.

³⁷ Mihaljević-Peješ A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 291.

³⁸ Usp. Mihaljević-Peješ A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 283-291.

Javljaju se otprilike dvostruko češće kod žena nego kod muškaraca, i općenito počinju prije 25. godine. Najčešće su specifične fobije koje pogađaju gotovo 12% i socijalni anksiozni poremećaj koji pogađa 10% u nekom trenutku života. Najviše pogađaju one u dobi od 15 do 35 godina, a postaju rjeđi nakon 55. godine. Čini se da su stope veće u Sjedinjenim Državama i Europi- U svojoj knjizi Leahy (2014) ispituje četiri iskustva tjeskobe kroz leću utemeljenu na mozgu.³⁹

1. U prisutnosti postojeće ili neposredne vanjske prijetnje, brinete o događaju i njegovim implikacijama na vaše fizičko i/ili psihičko blagostanje. Kada se pojavi signal prijetnje, to znači ili da je opasnost prisutna ili blizu u prostoru i vremenu ili da bi mogla doći u budućnosti. Obrada nesvjesnih prijetnji u mozgu aktivira obrambene krugove za preživljavanje, što rezultira promjenama u obradi informacija u mozgu, djelomično kontroliranim povećanjem uzbuđenja te bihevioralnim i fiziološkim odgovorima u tijelu koji zatim proizvode signale koji se vraćaju u mozak i nadopunjuju fiziološke promjene, pojačavajući ih i produžujući im trajanje.
2. Kada primijetite tjelesne osjete, brinete se što bi one mogle značiti za vaše fizičko i/ili psihičko blagostanje. Podražaj okidač ne mora biti vanjski podražaj, već može biti i unutarnji jer su neki ljudi posebno osjetljivi na tjelesne signale.
3. Misli i sjećanja mogu vas navesti da se brinete o svom fizičkom i/ili psihičkom blagostanju. Ne trebamo imati vanjski ili unutarnji poticaj da bismo bili zabrinuti. Epizodno sjećanje na traumu iz prošlosti ili na napad panike u prošlosti dovoljno je da aktivira obrambene sklopove.
4. Misli i sjećanja mogu rezultirati egzistencijalnim strahom, kao što je zabrinutost oko vođenja smislenog života ili moguće smrti. Primjeri su razmišljanja o tome je li nečiji život imao smisla, neizbježnost smrti ili poteškoće u donošenju odluka koje imaju moralnu vrijednost. Oni ne aktiviraju nužno obrambene sustave; više ili manje su čisti oblici kognitivne anksioznosti.

Anksiozni poremećaji često se javljaju s drugim poremećajima mentalnog zdravlja, osobito velikim depresivnim poremećajem, bipolarnim poremećajem, poremećajima prehrane ili određenim poremećajima osobnosti. Također se često javlja kod osobina ličnosti kao što je

³⁹ Usp. Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 99-102.

neuroticizam. Ovo uočeno zajedničko pojavljivanje djelomično je posljedica genetskih utjecaja i utjecaja okoline koji se dijele između ovih osobina i anksioznosti.

Uobičajeno je da osobe s opsesivno-kompulzivnim poremećajem dožive tjeskobu. Anksioznost se također često nalazi kod onih koji pate od paničnog poremećaja, fobičnog anksioznog poremećaja, teškog stresa, disocijativnih poremećaja, somatoformnih poremećaja i nekih neurotičnih poremećaja.⁴⁰

Anksioznost je također povezana s iskustvom nametljivih misli. Studije su otkrile da su pojedinci koji doživljavaju visoku razinu anksioznosti (također poznatu kao klinička anksioznost) vrlo osjetljivi na iskustvo intenzivnih nametljivih misli ili psiholoških poremećaja koje karakteriziraju nametljive misli.

2.5. Uzroci pojave

Anksiozni poremećaji djelomično su genetski uvjetovani, a studije blizanaca sugeriraju 30-40% genetskog utjecaja na individualne razlike u anksioznosti. Čimbenici okoline također su važni. Studije blizanaca pokazuju da okolina specifična za pojedinca ima velik utjecaj na anksioznost, dok zajednički utjecaji okoline (okoline koje utječu na blizance na isti način) djeluju tijekom djetinjstva, ali opadaju tijekom adolescencije.

"Specifično mjereno 'okruženje' koje je povezano s anksioznošću uključuje zlostavljanje djece, obiteljsku povijest poremećaja mentalnog zdravlja i siromaštvo. Anksioznost je također povezana s korištenjem droga, uključujući alkohol, kofein i benzodiazepine (koji se često propisuju za liječenje anksioznosti)".⁴¹

Neuralni sklop koji uključuje amigdalnu (koja regulira emocije poput tjeskobe i straha, stimulira HPA os i simpatički živčani sustav) i hipokampus (koji je uključen u emocionalnu memoriju zajedno s amigdalom) smatra se podlogom tjeskobe.

Ljudi koji pate od tjeskobe imaju tendenciju pokazivati visoku aktivnost kao odgovor na emocionalne podražaje u amigdali. Neki autori vjeruju da pretjerana tjeskoba može dovesti do

⁴⁰ Usp. Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 283-291.

⁴¹ Lam, A. Y., Jorm, A. F., & Wong, D. F. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: Effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. International Journal of Mental Health Systems, 4(1), 22.

pretjerane potenciranosti limbičkog sustava (koji uključuje amigdalnu i nucleus accumbens), što dovodi do povećane buduće tjeskobe, no čini se da to nije dokazano.⁴²

Mikrobi iz crijeva mogu se povezati s mozgom kako bi utjecali na tjeskobu. Postoje različiti putovi duž kojih se ta komunikacija može odvijati. Jedan je putem glavnih neurotransmitera. Crijevni mikrobi kao što su Bifidobacterium i Bacillus proizvode neurotransmitere GABA odnosno dopamin. Neurotransmiteri signaliziraju živčanom sustavu gastrointestinalnog trakta, a ti signali će se prenijeti u mozak kroz živac vagus ili spinalni sustav. To dokazuje činjenica da je promjena mikrobioma pokazala učinke smanjenja anksioznosti i depresije kod miševa, ali ne i kod ispitanika bez vagusnog živca.⁴³

Genetika i obiteljska anamneza (npr. roditeljska anksioznost) mogu pojedinca izložiti povećanom riziku od anksioznog poremećaja, ali općenito će vanjski podražaji potaknuti njegovu pojavu ili pogoršanje.

"Procjene genetskog utjecaja na anksioznost, temeljene na studijama blizanaca, kreću se od 25 do 40%, ovisno o specifičnom tipu i dobnoj skupini koja se proučava. Na primjer, genetske razlike odgovorne su za oko 43% varijance u paničnom poremećaju i 28% u generaliziranom anksioznom poremećaju. Longitudinalne studije blizanaca pokazale su da je umjerena stabilnost anksioznosti od djetinjstva do odrasle dobi uglavnom pod utjecajem stabilnosti genetskog utjecaja. Kada istražujete kako se tjeskoba prenosi s roditelja na djecu, važno je uzeti u obzir dijeljenje gena, kao i okruženja, na primjer koristeći međugeneracijski dizajn djece blizanaca."⁴⁴

Mnoga medicinska stanja mogu uzrokovati tjeskobu. To uključuje stanja koja utječu na sposobnost disanja, poput KOPB-a i astme, te poteškoće s disanjem koje se često javljaju blizu smrti.

Stanja koja uzrokuju bol u trbuhu ili prsima mogu uzrokovati tjeskobu i u nekim slučajevima mogu biti somatizacija tjeskobe isto vrijedi i za neke seksualne disfunkcije. Stanja koja pogađaju lice ili kožu mogu uzrokovati socijalnu anksioznost, osobito među adolescentima, a razvojne

⁴² Usp. Isto.

⁴³ Usp. Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 111-115.

⁴⁴ Mihaljević-Peješ A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija,288.

poteškoće često dovode do socijalne anksioznosti i kod djece. Po život opasna stanja poput raka također uzrokuju tjeskobu.

"Loše vještine suočavanja (npr. krutost/nefleksibilno rješavanje problema, poricanje, izbjegavanje, impulzivnost, ekstremno očekivanje od sebe, negativne misli, afektivna nestabilnost i nemogućnost usredotočivanja na probleme) povezane su s anksioznošću. Anksioznost je također povezana i održavana vlastitim pesimističnim očekivanjem ishoda osobe i načinom na koji se nosi s negativnim povratnim informacijama ".⁴⁵

Kognitivna iskrivljenja kao što su pretjerano generaliziranje, katastrofiziranje, čitanje misli, emocionalno rasuđivanje, binokularni trik i mentalni filter mogu rezultirati tjeskobom. Na primjer, pretjerano generalizirano uvjerenje da se nešto loše "uvijek" događa može navesti nekoga da ima pretjerane strahove čak i od minimalno rizičnih situacija i da izbjegava benigne društvene situacije zbog anticipacijske tjeskobe ili neugodnosti. Osim toga, oni koji imaju visoku anksioznost također mogu stvoriti buduće stresne životne događaje.

Zajedno, ovi nalazi sugeriraju da tjeskobne misli mogu dovesti do anticipacijske tjeskobe, kao i do stresnih događaja, koji zauzvrat uzrokuju više tjeskobe. Takve nezdrave misli mogu biti meta uspješnog liječenja kognitivnom terapijom.

2.6. Liječenje

Prvi korak u liječenju osobe sa simptomima anksioznosti uključuje procjenu moguće prisutnosti temeljnog medicinskog uzroka, čije je prepoznavanje ključno za donošenje odluke o ispravnom liječenju. Simptomi anksioznosti mogu prikriti organsku bolest ili se pojaviti povezani s ili kao posljedica medicinskog poremećaja.

"Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) učinkovita je za anksiozne poremećaje i prva je linija liječenja. Čini se da je KBT jednako učinkovita kada se provodi putem interneta. Iako su dokazi za aplikacije za mentalno zdravlje obećavajući, oni su preliminarni."⁴⁶

⁴⁵ Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. Soc psihijatrija, 286.

⁴⁶ Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 66.

Psihofarmakološko liječenje može se koristiti paralelno s KBT-om ili se može koristiti samostalno. Kao opće pravilo, većina anksioznih poremećaja dobro reagira na lijekove prve linije. Takvi lijekovi, koji se također koriste kao antidepresivi, su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i inhibitori ponovne pohrane serotonina i norepinefrina, koji djeluju tako da blokiraju ponovnu pohranu specifičnih neurotransmitera i rezultiraju povećanjem dostupnosti tih neurotransmitera.⁴⁷

Osim toga, benzodiazepini se često propisuju osobama s anksioznim poremećajem. Benzodiazepini proizvode anksiolitički odgovor modulirajući GABA i povećavajući njezino vezanje na receptore. Treće uobičajeno liječenje uključuje kategoriju lijekova poznatih kao agonisti serotonina. Ova kategorija lijekova djeluje pokretanjem fiziološkog odgovora na 5-HT_{1A} receptoru povećanjem djelovanja serotonina na ovom receptoru. Druge opcije liječenja uključuju pregabalin, tricikličke antidepresive i moklobemid, među ostalima (Leahy, 2014).⁴⁸

Anksioznost se smatra ozbiljnom psihijatrijskom bolešću koja ima nepoznatu stvarnu prodornost zbog toga što pogođeni pojedinci ne traže odgovarajuće liječenje ili pomoć, te zbog toga što stručnjaci propuštaju dijagnozu.

⁴⁷ Usp. Isto

⁴⁸ Isto

3. LIJEČENJE I TERAPIJA KOD ANKSIOZNOSTI ADOLESCENATA

3.1. Pojava anksioznosti kod adolescenata

"Anksioznost u djetinjstvu čest je psihijatrijski poremećaj. Procjenjuje se da je više od 7% adolescenata u dobi od 13 do 17 godina imalo dijagnozu anksioznosti, a više od 36% djece s problemima u ponašanju imalo je dijagnozu anksioznih poremećaja. Sustavni pregled studija provedenih u 27 zemalja procjenjuje da je svjetska prevalencija anksioznih poremećaja u djece 6,5%. U Sjedinjenim Državama, gotovo 1 od 12 djece u dobi od tri do 17 godina ima anksioznost.¹ Nacionalni institut za mentalno zdravlje procjenjuje da je prevalencija anksioznih poremećaja u adolescenata 13 do 18 godina starosti je 1 od 4, a prevalencija ozbiljne anksioznosti je oko 1 od 17. Stope prevalencije su približno 20% za specifične fobije, 9% za socijalni anksiozni poremećaj, 8% za poremećaj tjeskobe zbog odvajanja i 2% za svaki agorafobija, panični poremećaj i generalizirani anksiozni poremećaj".⁴⁹

Čimbenici rizika za anksiozne poremećaje kod djece i adolescenata uključuju nizak socioekonomski status, izloženost nasilju, traume i biološke čimbenike kao što su nasljednost i temperament. Roditeljska anksioznost predisponira djecu većem riziku od funkcionalnog oštećenja i anksioznih poremećaja.

U posljednjem desetljeću sve je veća zabrinutost zbog utjecaja upotrebe društvenih medija i bavljenja internetskim sadržajem na simptome anksioznosti i razvoj anksioznih poremećaja kod djece i adolescenti. Utjecaj može imati pozitivne i negativne asocijacije i razlikuje se ovisno o spolu, dobi, platformi društvenih medija i vremenu provedenom u korištenju. Strah od propuštanja i traženje potvrde potiču angažman i vrijeme provedeno na društvenim mrežama te mogu dovesti do povećanja općih simptoma anksioznosti (češće kod dječaka) i tjeskobe oko slike tijela (češće kod djevojčica).⁵⁰

Internetsko zlostavljanje može dovesti do povećane anksioznosti i rizik od anksioznih poremećaja, posebno kod marginaliziranih mladih, iako su primijećeni pozitivni učinci povećane povezanosti s internetskim zajednicama.

⁴⁹Mihaela Poljak, Dražen Begić, Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata / Anxiety disorders in children and adolescents, KBC Zagreb, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska, 2.

⁵⁰ Usp Isto.

Anksiozni poremećaji najčešća su briga za mentalno zdravlje s kojom se adolescenti danas suočavaju, ali se u velikoj mjeri nedovoljno liječe. Ovo je posebno zabrinjavajuće s obzirom na to da postoje prilično dobri podaci koji podupiru pristup dijagnostici i liječenju anksioznosti utemeljen na dokazima, kao i da se ti problemi, ako se ne liječe, mogu nastaviti u odrasloj dobi, postajući teži.

Stoga je znati kako prepoznati i reagirati na anksioznost kod adolescenata od najveće je važnosti u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. U tu svrhu, ovaj članak pruža najnoviji pregled dijagnostike i liječenja anksioznih poremećaja namijenjen stručnjacima u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Teme koje se obrađuju uključuju podtipove, kliničku prezentaciju, etiologiju i biologiju, učinkovite instrumente probira, tretmane utemeljene na dokazima (lijekove i terapiju) i dugoročnu prognozu za adolescente s anksioznošću.⁵¹

Važno je napomenuti da se usredotočuju na najčešće tipove anksioznih poremećaja, često poznatih kao fobije, koji uključuju generalizirani anksiozni poremećaj, socijalnu anksioznost/socijalnu fobiju, anksiozni poremećaj zbog odvajanja, panični poremećaj i specifične fobije. Ukratko, anksioznost je čest psihijatrijski problem za adolescente, ali naoružani pravim alatima, pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite mogu imati veliki utjecaj.⁵²

"Anksiozni poremećaji jedan su od najvažnijih zdravstvenih problema s kojim se susreću adolescenti, ali i njihovi roditelji te oni koji rade i liječe adolescente. Ipak, postoji mali paradoks koji okružuje anksiozne poremećaje kod adolescenata. S jedne strane, znamo mnogo o anksioznim poremećajima, uključujući činjenicu da su oni najčešći psihijatrijski poremećaji među adolescentima, s procijenjenom prevalencijom od 31%."⁵³

S druge strane, anksiozni poremećaji su najnedovoljnije liječeni mentalni poremećaji. problema u adolescenata, a noviji podaci pokazuju da je samo 18% anksioznih adolescenata bilo na liječenju.

Adolescencija je vrijeme značajnih promjena, kako fiziološki tako i psihološki. To je također razdoblje kada su pojedinci posebno osjetljivi na razvoj simptoma anksioznih poremećaja. Ovaj

⁵¹ Usp Isto.

⁵² Usp. Ghandour, Sherman i drugi, Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children, 2019.

⁵³ Mihaela Poljak, Dražen Begić, Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata / Anxiety disorders in children and adolescents, KBC Zagreb, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska, 12.

povećani rizik za razvoj anksioznosti vjerojatno je dijelom posljedica brojnih prijelaza tijekom ovog razdoblja. Kao rezultat toga, adolescencija je posebno važno razdoblje u pogledu razvoja psihopatologije. Ovo razdoblje često postavlja pozornicu za buduća uvjerenja o sebi i drugima, razvojne probleme i međuljudske odnose, što su sve čimbenici važni za razvoj anksioznosti. Stoga je za stručnjake za mentalno zdravlje važno točno razumijevanje čimbenika ranjivosti i značajki anksioznih poremećaja.⁵⁴

"Posebno je teško dijagnosticirati anksiozne poremećaje tijekom adolescencije. Dijagnostički i statistički priručnik (DSM) smješta osam gore spomenutih poremećaja u zaseban odjeljak, dodajući anksiozne poremećaje uzrokovane medicinskim stanjem ili supstancom, i kategoriju koja nije drugačije navedena za klinički pogoršane simptome koji ne ispunjavaju sve kriterije za bilo koji drugi poremećaj."⁵⁵

Ovo pretpostavlja da se većina anksioznih poremećaja razvija u odrasloj dobi, budući da u DSM-u postoji poseban odjeljak za poremećaje koji se obično dijagnosticiraju u djetinjstvu. Jedan od tih poremećaja, poremećaj tjeskobe odvajanja, rijetko se dijagnosticira tijekom adolescencije. Zapravo, često je teško odrediti treba li se oslanjati na ono što znamo o odraslima s anksioznim poremećajima ili ono što znamo o dječjoj anksioznosti među ovom populacijom. Doista, važno je napomenuti da se malo istraživanja usredotočuje na anksioznost tijekom adolescencije, a velik dio literature koja kombinira funkcioniranje adolescenata s djecom. Ovo je iznenađujuće, jer nekoliko studija sugerira da su anksiozni poremećaji najčešći poremećaj koji se dijagnosticira tijekom adolescencije.⁵⁶

Osim toga, postoje značajne razvojne razlike čak i između mladih i starijih adolescenata, pa je potrebno dodatno istraživanje kako bi se ispitalo kako su anksioznost i s njom povezani poremećaji prisutni tijekom ovog razdoblja.

Među većinom DSM dijagnoza, komorbiditet (tj. gdje pojedinac zadovoljava kriterije za dva ili više poremećaja u isto vrijeme) je pravilo, a ne iznimka. Stoga, kada vidite adolescenta sa simptomima koji podsjećaju na anksioznost, važno je razmotriti druge moguće dijagnoze. Prvo, veća je vjerojatnost da će pojedinci koji ispunjavaju DSM kriterije za jedan anksiozni poremećaj

⁵⁴ Usp. Isto.

⁵⁵ Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2010.

⁵⁶ Usp. Isto.

također zadovoljiti i kriterije za drugi anksiozni poremećaj. Drugo, depresija također pokazuje visoke razine komorbiditeta s anksioznim poremećajima. Nekoliko je studija ukazalo na snažnu povezanost između dijagnosticiranja anksioznog poremećaja i velikog depresivnog poremećaja.

57

Također se pokazalo da tjeskoba povećava rizik od poremećaja ovisnosti o drogama. Na primjer, istraživanja sugeriraju da pojedinci često koriste tvari kako bi se nosili sa svojim simptomima tjeskobe. Konačno, anksiozni poremećaji također su povezani s povećanim rizikom za razvoj poremećaja prehrane, osobito među adolescenticama.

Budući da je manja vjerojatnost da će osobe s poremećajima hranjenja potražiti liječenje, postupak pažljive procjene uključujući fizički pregled može biti koristan u razlikovanju anksioznosti i patologije hranjenja. Kao rezultat visokih razina komorbiditeta, preporučuje se da kliničari provedu temeljitu procjenu adolescenata koji traže liječenje anksioznosti. U nekim slučajevima, pristupi učinkoviti u liječenju anksioznosti također su bili korisni u liječenju komorbiditeta, iako ponekad komorbiditet može negativno utjecati na ishod liječenja. Stoga je važno imati široko razumijevanje specifičnih značajki povezanih s anksioznim poremećajima.⁵⁸

Procjena anksioznih poremećaja (i drugih psihičkih poremećaja) je složen proces. Glavni problemi uključuju fokusiranje na nomotetske procjene s dokumentiranim psihometrijskim svojstvima, dok se uzimaju u obzir idiografski aspekti pojedinog pacijenta. Što se tiče anksioznih poremećaja, ispitivanje ponašanja pojedinca bez razmatranja njegovih specifičnih strahova može dovesti do netočne dijagnoze.

Na primjer, tijekom faze procjene kliničar može saznati da pacijent izbjegava društvene situacije jer ga čine tjeskobnim. Međutim, određivanje izbjegava li ovaj pacijent ovu situaciju zato što će biti negativno ocijenjen (i stoga doživljava simptome SAD-a) ili zato što se boji da bi mogao imati napadaj panike (i stoga doživljava simptome PD-a) važna je razlika. Među adolescentima, drugo razmatranje uključuje odnos koji adolescent ima sa svojim roditeljima.

Iako je vrlo važno da se kliničari usredotoče na potrebe svojih pacijenata, adolescenti su još uvijek premladi da bi pristali na liječenje bez roditelja. Stoga je uključivanje roditelja tijekom

⁵⁷ Usp. Ghandour, Sherman i drugi, Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children, 2019.

⁵⁸ Usp. Isto.

faze procjene i određivanje mjere u kojoj će roditelji biti uključeni prije tretmana ključno, bez obzira na dijagnozu pojedinca. Faza procjene idealno bi uključivala kliničke intervju, mjere samoprocjene i procjene ponašanja iz više izvora (tj. adolescent, roditelj, učitelj).

"Među odraslima, jedan naširoko korišten polustrukturirani intervju za procjenu anksioznih poremećaja je Raspored intervju za anksiozne poremećaje za DSM-IV. ADIS-IV je razvijen za korištenje s djecom i adolescentima, a uključuje intervju i za dijete i za roditelja. ADIS-C/P također uključuje pitanja za dijagnosticiranje srodnih poremećaja uključujući depresiju i poremećaj pažnje/hiperaktivnosti. Njegova psihometrijska svojstva dobro su dokumentirana i korišten je u brojnim studijama. Cjeloviti intervju traje otprilike 2 sata i daje ispitivaču upitna pitanja za razlikovanje komorbiditeta."⁵⁹

Zbog njegove duljine, popunjavanje cijelog ADIS-a može biti dugotrajno, unatoč njegovoj korisnosti u razlikovanju različitih anksioznih poremećaja. Stoga bi moglo biti korisno uključiti mjere samoprocjene kako bi se pomoglo u određivanju specifične prirode strahova pojedinca. Svaki anksiozni poremećaj karakterizira temeljni strah koji dovodi do nekog oblika izbjegavanja ili se podnosi uz znatan stres.

Ovaj strah usmjerava ponašanje pojedinaca, obično rezultirajući izbjegavanjem bilo koje situacije u kojoj bi mogli iskusiti ili se približiti predmetu/situaciji od koje se boje. Stoga se razumijevanje anksioznih poremećaja vrti oko razlikovanja glavnog straha koji karakterizira svaki od njih. Slijedi kratak pregled ovih poremećaja, s ciljem identificiranja značajki svakog od njih koje su karakteristične za adolescente.⁶⁰

"Anksiozni poremećaj (SAD) karakteriziraju pretjerani strahovi od negativne procjene u društvenim situacijama (APA, 2000.). Većina pojedinaca s ovim poremećajem izbjegavat će društvene situacije s bilo kakvom mogućnošću dvosmislenosti ili će lebdjeti na periferiji kako bi izbjegli moguću neugodnost. Pojedinci sa SAD-om često koriste bliske prijatelje, romantične partnere ili članove obitelji kao sigurnosne signale. Stoga socijalno anksiozni pojedinac može prisustvovati zabavama i drugim evaluacijskim situacijama sve dok njihova sigurnosna osoba

⁵⁹ Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*. 2021.

⁶⁰ Usp. Isto.

prisustvuje s njima (i ostaje uz njih). SAD ima prilično ranu dob početka s mnogim pojedincima koji prvi put iskuse klinički značajne simptome tijekom rane do srednje adolescencije."⁶¹

Stoga, s obzirom na rastuće društvene pritiske s kojima se suočavaju adolescenti, rane tinejdžerske godine vjerojatno su teško razdoblje za pojedince s visokom razinom socijalnih strahova. Čini se da je SAD relativno čest strah među adolescentima koji traže liječenje. Istraživanja sugeriraju da je razdoblje adolescencije jedno od najvećih rizika za razvoj socijalne anksioznosti, osobito za djevojčice. Mogući razlozi uključuju poteškoće sa zadovoljstvom tijelom, stresore rodne uloge ili promjene u fizičkom razvoju. Na primjer, jedno je istraživanje pokazalo da početak puberteta predviđa povećani rizik za razvoj socijalne anksioznosti kod žena, ali ne i kod muškaraca tijekom adolescencije. Studije su pokazale da socijalni strahovi mogu smanjiti razvoj odgovarajućih društvenih vještina, prijateljstava i romantičnih veza.⁶²

Zapravo, socijalno anksiozni adolescenti doživljavaju odbacivanje od strane vršnjaka, manje prijateljstava i prijateljstva loše kvalitete. Društveni strahovi također mogu utjecati na akademike i buduće profesionalno funkcioniranje. Na primjer, nije neuobičajeno da socijalno anksiozni adolescenti odaberu manje prestižnu karijeru samo zato što će im omogućiti da izbjegnu javno govorenje ili interakciju s drugima.

3.2. Čimbenici pojave anksioznosti u adolescenciji

3.2.1. Etiološki čimbenici

Adolescencija predstavlja razdoblje značajnih promjena u nekoliko domena koje rezultiraju povećanjem neovisnosti pojedinca o roditeljima i izgradnjom vlastitog osjećaja sebe i načina na koji se odnose prema drugima.

⁶¹ Isto.

⁶² Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2010.

Međutim, te promjene mogu rezultirati visokom razinom stresa za adolescenta, što zauzvrat može postaviti temelje za psihopatologiju. O tome kako su te promjene povezane s razvojem anksioznosti kod adolescenata bit će riječi u sljedećem odjeljku.⁶³

3.2.2. Biološki čimbenici

Postoje opsežne biološke promjene koje se događaju tijekom puberteta, uglavnom uključujući povećanje razine hormona preko hipotalamusa i hipofize. Ovi hormoni rezultiraju povećanjem visine i težine, promjenama u sastavu masti i mišića u tijelu i sazrijevanjem reproduktivnih organa. Neka istraživanja pokazuju da vrijeme ulaska u pubertet može povećati rizik od razvoja anksioznih poremećaja.

Konkretno, istraživanje je pokazalo da osobe koje dožive pubertet ranije nego njihovi vršnjaci imaju veću vjerojatnost da će doživjeti simptome u usporedbi s vršnjacima koji se razvijaju „na vrijeme” ili kasnije, osobito među djevojčicama.⁶⁴

Štoviše, fizičke promjene povezane s pubertetom također mogu povećati rizik od tjeskobe. Žene imaju tendenciju doživjeti povećanje količine masnog tkiva u usporedbi s muškarcima (koji imaju povećanje mišićnog rasta), uz rast bokova i grudi. Kao rezultat toga, izgled tijela postaje osobito važan za djevojke, a može rezultirati povećanim stresom i nižim samopoštovanjem. Nekoliko je studija počelo ispitivati učinke pubertetskih hormona na razvoj internaliziranih poremećaja.

Postoje neki dokazi da hormoni koji dovode do puberteta mogu biti povezani s razvojem anksioznih poremećaja. Na primjer, jedno je istraživanje sugeriralo da hormoni koje oslobađaju nadbubrežni i gonadni sustavi (koji su povezani s pubertetom) mogu povećati rizik od tjeskobe kod dječaka, ali ne i kod djevojčica.⁶⁵

⁶³ Usp. Mihaela Poljak, Dražen Begić, Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata / Anxiety disorders in children and adolescents, KBC Zagreb, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska, 18.

⁶⁴ Usp. Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*. 2021.

⁶⁵ Usp. Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2010.

Uz to, kortizol, hormon koji se proizvodi kao odgovor na stres i uzbuđenje, a oslobađa ga nadbubrežne žlijezde, sve se više proučava u njegovom odnosu s psihopatologijom. Iako je jasno da je kortizol biološki marker odgovora na stres, njegov odnos s psihopatologijom može ovisiti o nizu čimbenika, uključujući težinu i trajanje simptoma.

U okviru anksioznih poremećaja, neki dokazi sugeriraju da je kortizol povezan s PTSP-om, iako su podaci dvosmisleni u pogledu njegove povezanosti s drugim anksioznim stanjima. S obzirom na relativno mali broj studija koje ispituju ovo pitanje, potrebno je više istraživanja kako bi se izvukli čvrsti zaključci u ovom području.

3.2.3. Interpersonalni stres

Jedan snažan prediktor razvoja anksioznih poremećaja je funkcioniranje odnosa između roditelja i djece. Konkretno, nekoliko studija pokazuje da su djeca anksioznih roditelja izložena većem riziku od razvoja anksioznog poremećaja u usporedbi s djecom čiji roditelji ne ispunjavaju kriterije za dijagnozu anksioznosti. Druge studije pronašle su dokaze da obrasci privrženosti tijekom ranog djetinjstva predviđaju razvoj anksioznih poremećaja tijekom adolescencije.⁶⁶

Roditeljska ponašanja koja su čimbenici rizika za anksiozne poremećaje uključuju pretjeranu zaštitu, kontrolu, odbacivanje i nedostatak topline. Dakle, roditeljsko ponašanje koje ometa pokušaje adolescenata da se razviju u relativno neovisne mlade odrasle osobe povećava rizik za razvoj anksioznosti. Štoviše, tijekom adolescencije odnosi s vršnjacima postaju važniji za funkcioniranje pojedinca od roditeljskih odnosa.

Poteškoće u razvoju bliskih odnosa mogu dovesti do kroničnog stresa, koji pojedinca čini ranjivim na razvoj psihopatologije. Način na koji adolescenti funkcioniraju unutar tih odnosa ne samo da može utjecati na njihov budući razvoj odnosa, već također može utjecati na razvoj njihovih anksioznih simptoma. Tako pozitivni odnosi s vršnjacima mogu zaštititi adolescente od razvoja anksioznih poremećaja, dok problematični odnosi mogu povećati rizik za razvoj anksioznosti.⁶⁷

⁶⁶ Usp. Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*, 2021.

⁶⁷ Usp. Ghandour, Sherman i drugi, Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children, 2019.

Važno je napomenuti da je adolescencija razdoblje u kojem se mnoge spolne razlike pojavljuju u rizicima za psihičke poremećaje. Kod većine anksioznih poremećaja, žene imaju višu stopu prevalencije i češće prijavljuju više oštećenja kao rezultat svojih simptoma.

Jedan od razloga zašto su djevojčice izloženije većem riziku od razvoja anksioznih (i depresivnih) poremećaja je njihova ranjivost na stres. Konkretno, nekoliko je studija sugeriralo da su djevojke više usredotočene na funkcioniranje svoje veze i stoga su osjetljivije na doživljavanje stresa unutar tih veza.⁶⁸

Ovaj povećani stres rezultira problematičnim načinima odnosa s drugima, što dovodi do internaliziranih simptoma karakteriziranih anksioznošću i depresijom. Stoga je stres u vezi važan čimbenik ranjivosti koji treba uzeti u obzir pri radu s adolescentima, osobito s djevojčicama.

3.2.4. Kognitivni čimbenici

Kognitivne ranjivosti uključuju načine na koje pojedinac razmišlja o sebi i o svom svijetu. Specifične kognitivne ranjivosti uključuju pristranosti u pažnji (kako netko gleda na svijet i reagira na prijetnje), tumačenju događaja i procesima pamćenja. Predrasude pažnje karakteriziraju pretjerani fokus na percipirane prijeteće podražaje ili podražaje koji izazivaju tjeskobu⁶⁹

Ove predrasude rezultiraju time da se pojedinci fokusiraju na podražaje koji izazivaju anksioznost umjesto na neutralne ili pozitivne podražaje, koji služe održavanju njihovih simptoma tjeskobe. Pristranosti u tumačenju rezultiraju time da pojedinac izvodi negativna značenja iz dvosmislenih događaja.

Konačno, pristranosti u pamćenju uključuju pretjerano prisjećanje percipiranih negativnih događaja iz prošlosti. Postoje brojni dokazi da je anksioznost povezana s pristranostima pažnje i interpretacije, iako to hoće li anksioznost biti povezana s pristranostima u pamćenju može ovisiti o specifičnom poremećaju⁷⁰

⁶⁸ Usp. Isto.

⁶⁹ Usp. Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*. 2021.

⁷⁰ Usp. Coles, M. E., Gibb, B. E., & Heimberg, R. G. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory in adults with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 145–148.

Još jedan kognitivni čimbenik za koji se pokazalo da je važan za razvoj anksioznih poremećaja je osjetljivost na anksioznost. Anksiozna osjetljivost predstavlja strah od posljedica proživljene anksioznosti, kao što su strah od simptoma panike, mentalne nesposobnosti i drugih da uoče nečiju anksioznost.

Studije su pokazale da visoke razine osjetljivosti na anksioznost predviđaju prospektivni razvoj napadaja panike i simptoma anksioznosti, čak i kada se kontroliraju osnovni simptomi anksioznosti.

3.3. Liječenje anksioznosti

Liječenje anksioznosti je liječenje anksioznosti koje može uključivati niz različitih terapija: lijekove, bihevioralnu terapiju, psihoterapiju i medicinske uređaje.

"Općenito, liječenje anksioznih poremećaja kod adolescenata može biti iznimno složeno. Prvo, zbog promjena i prilagodbi koje se događaju tijekom adolescencije, glavno razmatranje uključuje razmatranje gdje adolescent pada u razvoju. To jest, vjerojatnije je da će neki adolescenti reagirati na tretmane koji uključuju roditelja, dok u drugim slučajevima uključivanje roditelja može zapravo spriječiti izgradnju odnosa ili pridržavanje tretmana."⁷¹

U tretmanu adolescenata važno je uključivanje razvojnih procesa i idiografskih razlika. Stoga, kao dio procesa procjene, kliničari također trebaju uzeti u obzir okolinu adolescenta, oblike socijalne podrške i bliske odnose koje je identificirao pacijent. Za anksiozne poremećaje razvijeno je nekoliko empirijski potkrijepljenih tretmana.

Ovi tretmani obično imaju nekoliko sličnih elemenata, uključujući psihoedukaciju, vještine opuštanja, kognitivno restrukturiranje (tj. mijenjanje misaonih obrazaca povezanih s anksioznošću u uravnoteženije ili neutralnije misli) i izlaganje. Terapija izloženosti uključuje da pacijent iskusi negativne misli i osjećaje povezane s njegovim anksioznim poremećajem u kontroliranom okruženju. Obrazloženje je da će opetovano izlaganje podražajima koji izazivaju

⁷¹ Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2010.

tjeskobu rezultirati navikavanjem ili smanjenom reakcijom tjeskobe na naknadna izlaganja podražajima.⁷²

"Kognitivno-bihevioralni tretmani (KBT) za anksiozne poremećaje, koji su usmjereni na smanjenje problematičnih misli i ponašanja, svi uključuju neku vrstu terapije izloženosti. CBT također uključuje značajnu komponentu domaće zadaće, u kojoj pacijent primjenjuje vještine koje je naučio tijekom sesija na aplikacije u stvarnom svijetu. Tek nedavno su ove terapije prilagođene za korištenje s uzorcima adolescenata."⁷³

Iako su ključne komponente CBT-a (psihoedukacija, kognitivna terapija, trening opuštanja i izlaganje) zadržane, dodana su dva glavna aspekta kako bi ti tretmani bili primjenjiviji na adolescente. Prvo, jezik i primjeri su pojednostavljeni kako bi pomogli mlađoj populaciji da razumiju obrazloženje i postupke liječenja. Drugo, uključene su komponente koje pomažu roditeljima i njihovoj djeci tijekom liječenja.

To može uključivati educiranje roditelja o prirodi anksioznih poremećaja, uključujući roditelje u dio sesija, te da roditelji pomažu adolescentu oko domaće zadaće. Silazna proširenja CBT tretmana za odrasle sada se razvijaju za sve anksiozne poremećaje. Međutim, važno je napomenuti da neki poremećaji imaju samo ograničene dokaze o učinkovitosti u smanjenju simptoma kod adolescenata.

"Također postoji znatna literatura koja ispituje upotrebu psihotropnih lijekova za liječenje anksioznih poremećaja. Postoji nekoliko različitih klasa lijekova koji su pokazali učinkovitost u smanjenju simptoma anksioznosti, posebice antidepresivi. Pokazalo se da selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), posebna vrsta antidepresiva, smanjuju simptome anksioznosti kod adolescenata kod nekoliko glavnih anksioznih poremećaja. OKP vjerojatno ima najjaču potporu za farmakološke tretmane koji smanjuju simptomatologiju "⁷⁴

Manje je istraživanja ispitivalo psihotropne lijekove među ostalim anksioznim poremećajima u uzorcima adolescenata, iako postoje neki dokazi o njihovoj učinkovitosti. Na primjer, jedno je istraživanje uspoređivalo KBT, često korišteni SSRI (sertralin) i kombinaciju KBT i SSRI s placeboom među uzorkom djece i adolescenata s dijagnozom SAD-a, GAD-a i poremećaja

⁷² Usp. Isto

⁷³ Isto

⁷⁴ Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2010.

anksioznosti odvajanja. Rezultati su sugerirali da su sva tri tretmana dokazala veće smanjenje simptoma anksioznosti u usporedbi s placebo, podupirući njihovu učinkovitost.⁷⁵

Dodatno, kombinirano liječenje rezultiralo je najvećim smanjenjem simptoma, što sugerira da bi kombinacija lijekova i KBT mogla biti najučinkovitija u smanjenju simptoma anksioznosti među adolescentima (slično odraslima). Bitno je napomenuti da će svi lijekovi imati nuspojave, koje treba pažljivo razmotriti s medicinskim stručnjakom prije nego što adolescent počne uzimati bilo koji lijek. Za SSRI, nuspojave mogu varirati od glavobolje i mučnine do povećanog rizika od suicidalnih ideja ili pokušaja.⁷⁶

Stoga je važno da roditelji pažljivo prate svoje dijete kada započinju novi režim liječenja. Zaključci Općenito, postoji nekoliko zaključaka koji se mogu izvući s obzirom na anksiozne poremećaje među adolescentima. Prvo, na temelju literature, postoje dokazi da su simptomi anksioznosti tijekom adolescencije slični onima kod odraslih. Ovo je važno jer razvojni procesi mogu utjecati i na naše postupke procjene i na tretmane za ova štetna psihološka stanja. Međutim, potrebna su daljnja istraživanja kako bi se ispitale sličnosti i razlike anksioznih poremećaja među adolescentima i odraslima. Drugo, simptomatologija anksioznosti vrlo je raširena među ovom populacijom. Zapravo, čini se da je adolescencija najosjetljivije razdoblje za razvoj značajnih simptoma svih ili gotovo svih anksioznih poremećaja. Treće, postoje dokazi da se mnogi od anksioznih poremećaja mogu ili pogrešno dijagnosticirati ili ne liječiti sve dok se ne razvije komorbidni poremećaj. To je vrlo žalosno, budući da su anksiozni poremećaji obično kronična stanja koja vjerojatno neće prestati bez liječenja.

"Anksioznost je simptom nekih fizičkih bolesti; nuspojava nekih lijekova i medicinskih tretmana; i simptom nekih poremećaja raspoloženja kao što je veliki aneksiozni poremećaj ili distimija. Fizički uzroci se isključuju kliničkom procjenom aneksioznosti koja mjeri vitamine, minerale, elektrolite i hormone."⁷⁷

Iako su psihijatrijski lijekovi najčešće propisivana terapija za veliku depresiju, psihoterapija može biti učinkovita, sama ili u kombinaciji s lijekovima. Kombinacija psihoterapije i

⁷⁵ Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety.

⁷⁶ Usp. Isto.

⁷⁷ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 111.

antidepresiva može pružiti "blagu prednost", ali sami antidepresivi ili sama psihoterapija ne razlikuju se značajno od drugih tretmana, poput kontrola aktivne intervencije.

S obzirom na točnu dijagnozu velikog depresivnog poremećaja, općenito je vrsta liječenja (psihoterapija i/ili antidepresivi, alternativni ili drugi tretmani ili aktivna intervencija) manje važna od dobivanja aneksioznih pacijenata uključeni u aktivni terapijski program.

Psihoterapija je tretman izbora kod osoba mlađih od 18 godina, s lijekovima koji se nude samo u kombinaciji s prvim i općenito ne kao sredstvo prve linije. Treba razmotriti mogućnost aneksioznosti, zlorabe supstanci ili drugih psihičkih problema kod roditelja i, ako postoje i ako mogu pomoći djetetu, roditelja treba liječiti paralelno s djetetom.⁷⁸

"Od izuma Prozaca 1980-ih, propisivanje lijekova poraslo je vrtočlavih 400%, a trenutna je situacija takva da 17 milijuna Amerikanaca trenutno uzima neki oblik tih lijekova. Nevjerojatno je da najmlađi među njima imaju samo 6 godina. Irving Kirsch, znanstvenik sa Sveučilišta Harvard, tvrdi da su lijekovi korišteni u liječenju aneksioznosti djelotvorni, ali kod mnogih se ljudi zasluge za oporavak ipak mogu pripisati placebo efektu. Iz tog je razloga odlučio istražiti koliko zapravo dobrog proizlazi iz trošenja antidepresiva, a njegova će saznanja biti od velike važnosti i svima koji koriste Prozac, ali i farmaceutskoj industriji koja, od samo ovog lijeka, godišnje zaradi 11,3 milijarde dolara".⁷⁹

"Kirsch tvrdi da je razlika između placebo i efekta antidepresiva kod većine ljudi minimalna. Ljudima postane bolje nakon što uzmu lijek, ali kemijska supstanca nije ta koja im pomogne. Većinom je to placebo efekt. Istraživanjem ovog efekta Irving Kirsch bavi se 36 godina, a za "šećerne tablete" kaže da izvode čuda. Učinkovite su u liječenju sindroma iritabilnog crijeva, kao i RSI-a (ozljede zbog čestog ponavljanja određene radnje) i Parkinsonove bolesti."⁸⁰

Kao odgovor na pitanje kako je to moguće, Hari (2020) daje objašnjenje da prilikom uzimanja šećerne tablete, stvaramo očekivanja o izlječenju koja mogu biti toliko moćna da se simptomi doista ublaže. Šećerne tablete mogu utjecati na tijelo. Ako npr. uzmemo "placebo tranquilizer", velika je vjerojatnost da će nam se spustiti krvni tlak i puls. Sve navedeno može se pratiti

⁷⁸ Usp. Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka aneksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 68.

⁷⁹ Mihaljević-Peješ, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 122.

⁸⁰ Isto

korištenjem neuro-snimki mozga, tako da je dokazano da se ne radi samo o umišljanju oporavka.⁸¹

"Hari (2020) se počeo baviti istraživanjem placebo efekta kod antidepresiva sasvim slučajno, nakon što je vidio podatke provedenih analiza koji su pokazali da, bez obzira koje su lijekove liječnici propisivali (a među njima su bili lijekovi za smirenje i barbiturati), svi su djelovali jednako kao lijekovi. "⁸²

Nakon prvotnog enormnog iznenađenja, odlučio je provesti drugu studiju, oslanjajući se ne samo na podatke farmaceutskih tvrtki o kliničkim ispitivanjima koji su se mogli pronaći u medicinskim dnevnicima, nego i na one neobjavljene, ali koji su se morali podnijeti FDA. Te studije nisu pokazale nikakve koristi od korištenja antidepresiva umjesto šećernih tablet, a ono što su farmaceutske tvrtke učinile bilo je objavljivanje isključivo "uspješnih" studija, odnosno (mojim riječima) studija koje su obećavale zaradu. "Neuspješne" studije nisu objavljivane.

S druge strane, Hari je uspoređivao pacijente koji su uzeli prave lijekove s pacijentima koji su uzeli šećerne tablete. Problem je jedino što se uočavanje značajne razlike u oporavku može pratiti samo kod pacijenata s vrlo ekstremnim slučajevima aneksioznosti. Kod slučajeva blaže aneksioznosti neće se vidjeti nikakva prava razlika.⁸³

Međutim, pacijenti i psihijatri tvrde da lijekovi pomažu, a logično je i zašto: uzmu lijek i bude im bolje, ali s druge strane, i podaci Kirschove studije pokazuju isto. Razlika je u interpretaciji razloga zbog kojeg je do poboljšanja došlo. Razlika između antidepresiva i placebo tableta je vrlo malena; u polovici studije čak nepostojeća.

Kirsch je sa svojim studijama izazvao žestoke reakcije od strane liječnika koji, očekivano, brane uporabu antidepresiva. Dr. Michael Thase, psihijatar i profesor na University of Pennsylvania School of Medicine, koji je ujedno bio i savjetnik mnogim farmaceutskim tvrtkama ne slaže se s Irvingom Kirschom. Smatra da je Kirch zbunjen rezultatima studije i onim što se događa u praksi, te da su njegove statističke analize previdjele koristi za pacijente individualno. Liječnik tvrdi da su lijekovi djelotvorni za 14% ljudi koji pate od blažeg oblika aneksioznosti, a čak i više

⁸¹ Usp. Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka aneksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 124.

⁸² Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka aneksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 138.

⁸³ Isto

za one koji pate od težeg oblika. Također, ne niječe činjenicu da je čak dvostruko više ljudi izloženo placebo efektu. Izražava svoju nadu za “poboljšanjem” antidepresiva u budućnosti.

Dr. Walter Brown još je jedan stručnjak u polju psihijatrije i on u svojim studijama potvrđuje rezultate Irvinga Kirscha. Kao i većina stručnjaka, tvrdi da lijekovi pomažu kod težih slučajeva aneksioznosti, ali ispituje globalno prihvaćenu teoriju prema kojoj depresiju uzrokuje manjak serotonina, a lijekovi djeluju upravo na to. Danas većina stručnjaka smatra tu teoriju velikim pojednostavljenjem i ona vjerojatno nije točna. A što se antidepresiva tiče, cijela ideja njih kao lijekova koji pomažu kod anksioznosti oblikovana je u skladu s tom teorijom.

"Kao i Irving Kirsch, i dr. Tom Kendall s iznenađenjem je reagirao na već spomenute neobjavljene podatke farmaceutskih tvrtki o kliničkim ispitivanjima lijekova. Objavljeni podaci uvelike su precjenjivali učinkovitost antidepresiva, ali i potcjenjivali nuspojave. Odgovor FDA na sve ovo bio je da su studije neobjavljene jer je prilikom ispitivanja došlo do pogrešaka. Međutim, dr. Kendall izražava svoju sumnju u ovu multimilijardsku industriju koja troši velike novce na svoja istraživanja u kojima pogreške jednostavno nisu dozvoljene. Rezultati neobjavljenih studija nisu odgovarali tvrtkama jer od njih nisu mogle ostvariti zaradu i u tome je sva mudrost".⁸⁴

Zahvaljujući ovim studijama, promijenila se praksa u liječenju aneksioznosti. Lijekovi za aneksioznost se sada kao lijekovi prvog reda prepisuju onima s teškim oboljenjima. Što se tiče ostalih bolesnika s blažim slučajevima, Britanska vlada započela je praksu osposobljavanja ljudi kao razgovornih terapeuta.

3.4. Psihoterapija i bihevioralna terapija

Postoji niz različitih psihoterapija za depresiju koje pojedincima ili skupinama pružaju psihoterapeuti, psihijatri, psiholozi, klinički socijalni radnici, savjetnici ili psihijatrijske medicinske sestre. Kod više kroničnih oblika aneksioznosti, najučinkovitije liječenje često se smatra kombinacijom lijekova i psihoterapije.

⁸⁴ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 131.

"Psihoterapija je tretman izbora kod osoba mlađih od 18 godina. Meta-analiza ispitala je učinkovitost psihoterapije za depresiju u dobi od mlađih od 13 godina do starijih od 75 godina. Sažima rezultate 366 ispitivanja koja su uključivala 36 702 pacijenta. Utvrđeno je da su najbolji rezultati bili za mlade odrasle osobe, s prosječnom veličinom učinka od $g=0.98$ (95% CI, 0.79-1.16). Učinci su bili najmanji za malu djecu (<13 godina), $g = 0.35$ (95% CI, 0.15-0.55), a drugi po veličini u najstarijoj skupini, $g = 0.97$ (95% CI, 0.42-1.52)".⁸⁵

Studija nije mogla međusobno usporediti različite vrste terapije. Većina studija s djecom koristila je terapije koje su izvorno razvijene s odraslima, što je moglo smanjiti učinkovitost. Veće koristi s mladim odraslim osobama mogle bi biti posljedica velikog broja studija koje uključuju studente, kojima bi moglo biti lakše naučiti terapeutske vještine i tehnike. Većina studija na djeci provedena je u SAD-u, dok je u starijoj dobi skupine, uravnoteženiji brojevi studija došli su i iz Europe i drugih dijelova svijeta.⁸⁶

"Kao oblik psihoterapije za depresiju koji se najviše proučava, smatra se da kognitivno bihevioralna terapija (KBT) djeluje podučavajući klijente da nauče niz kognitivnih i bihevioralnih vještina koje mogu sami primijeniti. Ranija istraživanja pokazala su da kognitivna bihevioralna terapija nije bila tako učinkovita kao korištenje lijekova u liječenju aneksioznosti; međutim, novija istraživanja sugeriraju da može djelovati jednako dobro kao i lijekovi u liječenju pacijenata s umjerenom do teškom depresijom."⁸⁷

Beckov priručnik za liječenje, Kognitivna terapija aneksioznosti, prošao je najviše istraživanja i prikupio najviše dokaza za njegovu upotrebu. Međutim, brojni drugi priručnici o KBT-u također imaju dokaze koji podupiru njihovu učinkovitost kod aneksioznosti.

Učinak psihoterapije na poboljšanje koje su ocijenili pacijenti i kliničari, kao i na stope revizija, u stalnom su opadanju od 1970-ih.

Sustavnim pregledom podataka koji uspoređuju KBT niskog intenziteta (kao što je vođena samopomoć putem pisanih materijala i ograničene stručne podrške te intervencija na web-stranicama) s uobičajenom njegom utvrđeno je da su pacijenti koji su u početku imali težu

⁸⁵ Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 133.

⁸⁶ Us. Isto

⁸⁷ Mihaljević-Peješ, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 168.

depresiju imali koristi od niskog intenziteta intervencije barem jednako kao i manje aneksiozni pacijenti.

U liječenju adolescentne aneksioznosti, jedna je objavljena studija otkrila da CBT bez lijekova nije bio bolji od placeba, a znatno lošiji od antidepressiva fluoksetina. Međutim, isti je članak izvijestio da su KBT i fluoksetin nadmašili liječenje samo fluoksetinom. Čini se da kombinacija fluoksetina s KBT nije donijela dodatnu korist u dvije različite studije ili, u najboljem slučaju, samo marginalnu korist, u četvrta studija.⁸⁸

Bihevioralna terapija za depresiju ponekad se naziva i bihevioralna aktivacija. Osim toga, čini se da aktivacija ponašanja traje kraće i dovodi do dugotrajnije promjene. Dva dobro istražena priručnika za liječenje uključuju obuku društvenih vještina za depresiju i bihevioralni aktivacijski tretman za depresiju.

Emocionalno usmjerena terapija, koju su osnovali Sue Johnson i Les Greenberg 1985., liječi depresiju identificiranjem i obradom temeljnih emocija. Priručnik za liječenje, Olakšavanje emocionalne promjene, opisuje tehnike liječenja.

"Terapija prihvaćanja i predanosti (ACT), oblik KBT-a usmjeren na svjesnost, koji ima svoje korijene u analizi ponašanja, također pokazuje da je učinkovit u liječenju aneksioznosti i može biti korisniji od tradicionalne KBT, posebno kada je aneksioznost popraćena anksioznošću i gdje otporan je na tradicionalni CBT ."⁸⁹

Pregled četiriju studija o učinkovitosti kognitivne terapije temeljene na svjesnosti (MBCT), nedavno razvijenog programa temeljenog na nastavi osmišljenog za sprječavanje recidiva, sugerira da MBCT može imati aditivni učinak kada mu se pruži uobičajena njega kod pacijenata koji su imali tri ili više aneksioznih epizoda, iako uobičajena skrb nije uključivala liječenje lijekovima ili bilo kakvu psihoterapiju, a uočeno poboljšanje moglo je odražavati nespecifične ili placebo učinke.

⁸⁸ Usp. Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 133.

⁸⁹ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepressivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 121.

Važno je napomenuti, iako je kognitivna terapija aneksioznosti koja se temelji na svjesnosti spriječila povratak budućih aneksioznih epizoda, nema istraživanja o tome može li uzrokovati remisiju trenutne depresivne epizode.⁹⁰

"Interpersonalna psihoterapija (IPT) usredotočuje se na društvene i interpersonalne okidače koji mogu uzrokovati depresiju. Postoje dokazi da je to učinkovit tretman za depresiju. Ovdje terapija ima prilično strukturiran tijek (često 12 sesija, kao u izvornim verzijama istraživanja) kao u slučaju s KBT; međutim, fokus je na odnosima s drugima. Za razliku od obiteljske terapije, IPT je individualni format, tako da je moguće raditi na interpersonalnim temama čak i ako ostali članovi obitelji ne dolaze na seansu".⁹¹

"Terapija se može koristiti za pomoć osobi u razvoju ili poboljšanju međuljudskih vještina kako bi mu se omogućilo da učinkovitije komunicira i smanji stress. U meta-analizi 16 studija i 4356 pacijenata, prosječno poboljšanje simptoma aneksioznosti bilo je veličina učinka $d = 0,63$ (95% CI, 0,36 do 0,90). IPT u kombinaciji s farmakoterapijom bio je učinkovitiji u sprječavanju recidiva od same farmakoterapije, broj potreban za liječenje = 7,63 "⁹²

Psihoanalizu, školu mišljenja koju je utemeljio Sigmund Freud i koja naglašava rješavanje nesvjesnih mentalnih konflikata, koriste njezini praktičari za liječenje klijenata koji imaju veliku depresiju.

Šire prakticirana tehnika, nazvana psihodinamička psihoterapija, labavo se temelji na psihoanalizi i ima dodatni društveni i interpersonalni fokus. U meta-analizi tri kontrolirana ispitivanja, psihodinamička psihoterapija pokazala se jednako učinkovitom kao i lijekovi za blagu do umjerenu depresiju.

⁹⁰ Usp. Kramblingrer, K. (2005). Mayoclinic: O aneksioznosti. Kako prepoznati, razumjeti i liječiti depresiju? Zagreb: Medicinska naklada, 38.

⁹¹ Holmes, J. (2006). Depresija, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb, 44.

⁹² Mihaljević-Peješ, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 121.

3.5. Liječnička skrbi i suradnja s pacijentom

Zajedničko donošenje odluka je pristup prema kojem pacijenti i liječnici slobodno dijele važne dokaze kada su zaduženi za donošenje odluka i gdje su pacijenti vođeni da razmotre najbolje dostupne opcije za donošenje informirane odluke.

"Probir tinejdžera na anksiozne poremećaje u ustanovama primarne zdravstvene zaštite vrlo je važan, s obzirom na visoku prevalenciju anksioznih poremećaja među mladima, ali je vrlo težak, s obzirom na to da je kontakt između pružatelja primarne zdravstvene zaštite i adolescenata previše rijedak i kratak. Općenito, postoji mnogo različitih alata za procjenu adolescenata na anksiozne poremećaje i druge oblike psihijatrijskih problema, uključujući detaljne intervjuje koje provode iskusni kliničari (liječnici, psiholozi, socijalni radnici ili medicinske sestre), mjere samoprocjene pacijenata i roditelja/učitelja prijaviti mjere"⁹³

Pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite trebali bi koristiti ove alate ako se tijekom posjeta ordinaciji pojavi zabrinutost zbog potencijalne tjeskobe, bilo zbog simptoma tjeskobe koje su sami prijavili, problema u ponašanju koji su u skladu s tjeskobom (npr. odbijanje škole, poteškoće s vršnjacima, somatski simptomi) ili koje su prijavili roditelji zabrinutosti. Kao što je preporučila Američka akademija za dječju i adolescentnu psihijatriju u svojim parametrima prakse iz 2007., procjena anksioznosti trebala bi započeti s probirnim pitanjima, kao što su upitnici o samoprocjeni i ocjeni roditelja, koja bi zatim trebala biti praćena formalnom procjenom, kao što je kao strukturirani ili polustrukturirani intervju, ako je visoka razina simptoma potvrđena mjerama probira.⁹⁴

Također je važno pri procjeni anksioznih poremećaja uzeti u obzir diferencijalnu dijagnozu fizičkih (npr. hipertireoza, migrene) i psihijatrijskih (npr. poremećaj pažnje i hiperaktivnosti, psihotični poremećaji, teškoće u učenju) stanja koja mogu imati zajedničke simptome anksioznih poremećaja.⁹⁵

⁹³ Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*. 2021.

⁹⁴ Usp. Isto

⁹⁵ Usp. Ghandour, Sherman i drugi, Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children, 2019.

Mjere samoprovjere mogu se koristiti za provjeru anksioznosti ili drugih psihijatrijskih poremećaja. Zahtijevaju od adolescenata da ocijene izjave prema tome koliko ih primjenjuju na sebe pomoću Likertove ljestvice (npr. nikad, ponekad, često).⁹⁶

Prednost takvih samoprovjera je u tome što su pouzdani, sa standardiziranim bodovanjem uključujući granične vrijednosti za razlikovanje normalnog od nenormalnog, ali ne zahtijevaju dugotrajno vrijeme, bilo za obuku osoblja ili za administraciju.

Mjere samoprijavlivanja mogu se koristiti u okruženju primarne zdravstvene zaštite ako se sumnja na anksiozni poremećaj, tako da se adolescentu da upitnik u čekaonici ili tijekom pregleda. Pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite tada mogu brzo ocijeniti mjeru kako bi utvrdili zadovoljava li adolescent klinički granični rezultat, što ukazuje na to da je u opasnosti od anksioznog poremećaja.

Načela su dobro dokumentirana, ali postoji praznina utoliko što ih je teško primijeniti u rutinskoj kliničkoj praksi. Koraci su pojednostavljeni u pet koraka. Prvi korak je traženje sudjelovanja pacijenata u smislu da zdravstveni djelatnik ima zadatak prenijeti postojeće izbore i stoga ih pozvati u proces donošenja odluka.

Sljedeći korak uključuje pomoć pacijentu da istraži i uspoređi mogućnosti liječenja kritičkom analizom rizika i koristi. Treći korak uključuje procjenu pacijentovih vrijednosti i onoga što preferira uzimajući u obzir ono što je pacijentu od najveće hitnosti. Korak 4 uključuje donošenje odluka gdje pacijent i praktičar donose konačnu odluku o najboljoj opciji i dogovaraju naknadne sastanke. Konačno, peti korak uključuje analizu pacijentove odluke. Pet koraka za pacijente u suradnji kako biste donijeli najbolje moguće odluke o zdravstvenoj skrbi. Korak uključuje praćenje stupnja provedbe, prevladavanje barijera usklađivanja odluka, posljedično, odluke je potrebno preispitati i optimizirati kako bi se osiguralo da odluka ima pozitivan učinak na zdravstvene ishode. Njegov uspjeh ovisi o sposobnosti liječnika da stvori dobar međuljudski odnos s pacijentom.⁹⁷

Anksioznost je veliki problem na globalnoj razini, pogađajući procijenjenih 4,4 posto svjetske populacije u 2017., što je otprilike jednako 300 milijuna ljudi. Anksioznost je multifaktorijalna i u porastu je zbog društvenog pritiska, genetske povezanosti i povećanja upotrebe droga.

⁹⁶ Usp. Isto

⁹⁷ Usp. Stone, J. (2017). Depression and young people, Journal of medicine, 1-12

⁹⁸Uključivanje sestrinstva u liječenje anksioznosti može se činiti važnim jer sestrinstvo ima središnju ulogu u pružanju zdravstvene skrbi tamo gdje su oni zdravstveni praktičari koji su obučeni da budu svestrani od kliničke do psihološke skrbi. Njihovo uključivanje zajedničkog donošenja odluka u liječenju anksioznosti može biti važno jer je poznato da medicinske sestre imaju najbolji međuljudski odnos s pacijentima pa se zbog te činjenice može postići bolji model suradnje.

Imajući to na umu, medicinske sestre mogu služiti za davanje lijekova u liječenju, pripremu i vođenje kartona pacijenata, interakciju s drugim osobljem za njegu kako bi se postigla optimalna njega i organiziranje terapijskih sesija.

3.6. Primjena lijekova u liječenju

Kako bi se pronašlo najučinkovitije farmaceutsko liječenje lijekovima, često se moraju prilagoditi doze lijekova, isprobati različite kombinacije lijekova za liječenje anksioznosti.

"Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), kao što su sertralin (Zoloft, Lustral), escitalopram (Lexapro, Ciprallex), fluoksetin (Prozac), paroksetin (Seroxat) i citalopram, primarni su lijekovi koji se uzimaju u obzir zbog njihovih relativno blagih nuspojava i širok učinak na simptome anksioznosti i anksioznosti, kao i smanjeni rizik od predoziranja, u usporedbi s njihovim starijim tricikličkim alternativama. Oni koji ne reagiraju na prvi isprobani SSRI mogu se prebaciti na drugi. Ako je seksualna disfunkcija prisutna prije pojave anksioznosti, SSRI treba izbjegavati".⁹⁹

Još jedna popularna opcija je prebacivanje na atipični antidepresiv bupropion (Wellbutrin) ili dodavanje bupropiona postojećoj terapiji, ova strategija je možda učinkovitija.

Za djecu i adolescente s umjerenim do teškim anksioznim poremećajem, čini se da je fluoksetin najbolji tretman (bilo sa ili bez kognitivno-bihevioralne terapije), ali potrebna su dodatna istraživanja kako bi se to potvrdilo.

⁹⁸ Usp. Zhang, X. (2017). Depression in context of world today, Journal of medicine, 12-35

⁹⁹ Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko,161.

Sertralin, escitalopram, duloksetin također mogu pomoći u smanjenju simptoma. U Ujedinjenom Kraljevstvu fluoksetin i escitalopram jedini su lijekovi koji se preporučuju za osobe mlađe od 18 godina, iako, ako dijete ili adolescent ne podnosi fluoksetin, može se razmotriti još jedan SSRI.

Nedostaju dokazi o učinkovitosti SSRI-a kod osoba s depresijom kompliciranom demencijom. Neki inhibitori ponovne pohrane norepinefrina i dopamina mogu se koristiti kao antidepresivi.

Inhibitori ponovne pohrane norepinefrina (NRI) mogu se koristiti kao antidepresivi. Venlafaksin (Effexor) iz klase SNRI može biti umjereno učinkovitiji od SSRI, međutim, ne preporučuje se kao prva linija liječenja zbog veće stope nuspojava, a njegova se uporaba posebno ne preporučuje u djece i adolescenata.¹⁰⁰

Istraživanje antianeksioznih učinaka infuzije ketamina u subanestetičkim dozama dosljedno je pokazalo brze (4 do 72 sata) odgovore na pojedinačne doze, sa značajnim poboljšanjem raspoloženja kod većine pacijenata i remisijom kod nekih. Međutim, ti su učinci često kratkotrajni, a pokušaji da se produži učinak antidepresiva ponovljenim dozama i produljenim ("održavanjem") tretmanom rezultirali su samo skromnim.¹⁰¹

Formulacija spreja za nos s esketaminom, koja se prodaje pod robnom markom Spravato, dobila je odobrenje FDA 2019. za liječenje anksioznosti otporne na liječenje u kombinaciji s oralnim antidepresivom.

Studija presjeka iz 2012. godine pronašla je povezanost između nedostatka cinka i simptoma anksioznosti kod žena, ali ne i kod muškaraca, a meta-analiza 17 opservacijskih studija iz 2013. pokazala je da su koncentracije cinka u krvi niže kod anksioznih subjekata nego kod kontrolnih subjekata. Meta-analiza iz 2012. godine otkrila je da suplementacija cinkom kao dodatak liječenju anksioznosti značajno smanjuje rezultate simptoma anksioznosti kod pacijenata s depresijom.

Potencijalni mehanizmi na kojima se temelji povezanost između niske razine cinka u serumu i anksioznosti ostaju nejasni, ali mogu uključivati regulaciju neurotransmitera, endokrinih putova i putova neurogeneze. Zabilježeno je da dodatak cinka poboljšava simptome ADHD-a i

¹⁰⁰ Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka anksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 156.

¹⁰¹ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 161.

aneksioznosti. Pregled iz 2013. pokazao je da suplementacija cinkom može biti učinkovit tretman za veliku depresiju.¹⁰²

Razine acetilkarnitina bile su niže kod pacijenata s depresijom nego kod kontrolnih, a kod štakora uzrokuje brze antidepresivne učinke putem epigenetskih mehanizama. Sustavni pregled i meta-analiza 12 randomiziranih kontroliranih studija otkrili su da "suplementacija značajno smanjuje simptome aneksioznosti u usporedbi s placebom/bez intervencije, dok nudi učinak usporediv s učinkom poznatih lijekova s manje nuspojava."¹⁰³

Liječnici često dodaju lijekove s drugačijim načinom djelovanja kako bi pojačali učinak antidepresiva u slučajevima otpornosti na liječenje; velika društvena studija iz 2002. na 244 859 pacijenata s depresijom i aneksioznosti Veterans Administration otkrila je da je 22% njih primilo drugi lijek, najčešće drugi antidepresiv. Stephen M. Stahl, poznati akademik u psihofarmakologiji, izjavio je da je pribjegavanje dinamičkom psihostimulansu, posebno d-amfetaminu, "klasična strategija pojačanja za depresiju otpornu na liječenje. Međutim, uporaba stimulansa u slučajevima aneksioznosti otporne na liječenje relativno je kontroverzna.

Također je moguće koristiti benzodiazepin za poboljšanje sna bez pogoršanja, posebno kod pacijenata koji imaju simptome nesanice i poremećaja sna. Randomizirano kontrolirano ispitivanje pokazalo je da je uporaba eszopiklona s fluoksetinom rezultirala boljom stopom remisije.

Dodavanje atipičnih antipsihotika kada pacijent nije reagirao na antidepresiv također je poznato da povećava učinkovitost antidepresiva, iako po cijenu češćih i potencijalno ozbiljnih nuspojava.¹⁰⁴

Litij se koristio za pojačavanje terapije ima kod onih koji nisu reagirali na samo lijekove za aneksioznost.

¹⁰² Usp. Vulić-Prtorić, A. (2007). Naslov Depresivnost u djece i adolescenata, Izdanje 2. izd. Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, 44.

¹⁰³ Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka aneksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 132.

¹⁰⁴ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 163.

Nadalje, litij dramatično smanjuje rizik od samoubojstva kod rekurentne aneksioznosti. Prema rezultatima STAR-D eksperimenta, stopa remisije litija za depresiju otpornu na liječenje je oko 15,9%.

U današnje je vrijeme uvriježena činjenica da današnji liječnici znaju više od svojih prethodnika, ali ono što se čini manje spornim je činjenica da samo liječnikova riječ ima društveni status. Ljudi danas nemaju slobodu na bilo koji način sami proglašavati svoje stanje zdravim ili bolesnim.¹⁰⁵

Osoba postaje pacijentom u trenutku kad posjeti nekog zdravstvenog djelatnika to je korak kojim ulazi u zdravstvenu instituciju. Ljudi dobivaju status bolesnika koji sa sobom nosi određena prava i odgovornosti, a za većinu pacijenata to znači da im se nastavlja isplaćivati plaća unatoč tome što ne rade.

Status bolesnika usko povezuje bol s mogućnošću rada i produktivnosti. Iz toga proizlazi neizbježno razmišljanje o samom sebi kao beskorisnom. Mnogi pacijenti smatraju da je njihova vrijednost kao ljudskog bića povezana s njihovom mogućnošću rada. Rezultat je to života u društvu u kojem je osobni identitet usko vezan sa zanimanjem, društva u kojem je sve izraženija podjela poslova, u kojem su određena zanimanja cijenjena, a ostala bezrazložno potcjenjivana.

Nekako vjerujem da su se u nekoj daljoj prošlosti ljudi vodili mišlju “živimo da bi radili”, dok se danas jedino mogu osloniti na rad kako bi mogli živjeti. Uzevši u obzir stopu nezaposlenosti u našoj zemlji, ne čudi činjenica da zbog otkaza i nemogućnosti pronalaska novog posla, mnogi ljudi upadaju u velike krize, a naposljetku i oboljevaju. Od aneksioznosti, naravno. Nije slučajnost da su antidepresivi i lijekovi za aneksioznost danas među najpropisivanijim lijekovima s liste lijekova HZZO-a.

Činjenica je da živimo u vremenu u kojem je potencijal osobe za tržište rada jedino što osobu čini vrijednom, isplativom. Nejednakost je u porastu i vodi ljude u siromaštvo – ideologija slobodnog tržišta kaže da to zaslužuju, jer onima koji se dovoljno trude i rade, ne treba pomoć države. Zapravo je čudo što bolesnih nema još više .

Kao što se može zaključiti iz već napisanog, danas su zdravlje i bolesti stanja teško odvojiva od tržišta. Neoliberalizam zdravlje duboko upliće u tržišne vrijednosti. Ne postoje zdravstvene

¹⁰⁵ Usp. Zhang, X. (2017). Depression in context of world today, Journal of medicine, str. 12-35

politike koje nisu dio proračuna lokalnih ili globalnih direktiva s isključivim ciljem ostvarivanja profita. Takvo tretiranje zdravlja može se nazvati globalnom bolešću

"Siromaštvo, stres, otkazi na poslu, umor, gubitak kontrole nad životom, još su neki faktori koji mogu dovesti do oboljenja od aneksioznosti. Uzevši ih u obzir zajedno sa smanjenjem izdataka za socijalne usluge, poreznim olakšicama za bogate i ostalim neoliberalnim političkim potezima, vidljivo je povećanje broja oboljelih od anksioznosti u Europi ".¹⁰⁶

Međutim, njihova vlada nastavlja sa smanjivanjem troškova u domeni mentalnog zdravlja i to putem smanjenja broja adekvatnog osoblja . U tom se pogledu i Hrvatska, u kojoj vlada kronični deficit stručnjaka u području psihijatrije (1 psihijatar na 10 000 stanovnika), nalazi uz bok Kanadi.

Nadalje, Kanada je dobar primjer zemlje u kojoj vlada neoliberalni rezidualni pristup liječenju mentalnih oboljenja. Ljude se uči kako koristiti "vještine samoupravljanja", i ističu da su ljudi sami odgovorni za održavanje vlastitog mentalnog zdravlja te da se ne bi trebali oslanjati na zdravstveni sustav. Ističu da svi mogu biti mentalno zdravi uz podršku obitelji, prijatelja i zajednice.¹⁰⁷

U slučaju da im je pomoć doista potrebna, potiče ih se da ju potraže u privatnom sektoru, ne u javnom. Što se Hrvatske tiče, nisam uspjela pronaći podatke koji bi opisali konkretno stanje u zemlji. Međutim, na temelju pacijenata koji su o svojim iskustvima pisali na specijaliziranim forumima, zaključila sam da i u Hrvatskoj vlada trend odlazaka k privatnim psihijatrima i to u prvom redu iz razloga što s njima pacijenti "mogu razgovarati".

Navodne znakove sam stavila jer iz obiteljskog iskustva znam da i socijalni psihijatri posvećuju svoje vrijeme oboljelima. Ni oni ne rade strogo na način isključivog propisivanja lijekova, bez razgovora i procjene stanja pacijenta. Ljudi s navedenih foruma tvrde da kod socijalnih psihijatara nisu dobili ništa osim recepata za lijekove i iz tog razloga biraju privatne prakse.

Za neoliberalnu misao ključna je usmjerenost na individualca, a na mentalne se bolesti gleda kao na osobne probleme koje treba privatno zbrinjavati . Individualna razina predstavlja samo jednu

¹⁰⁶ Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 164.

¹⁰⁷ Usp. Isto

od 4 razine zdravstvenog sustava razvijenog kapitalističkog svijeta (Mihaljević-Peješ i suradnici, 2020).¹⁰⁸

Ona uključuje pacijentov odgovor na bolest odnosno pacijentovo iskustvo patnje - iskustvo koje je konstruirano u areni društvenih kategorija i političko-ekonomskih sila koje oblikuju kontekst svakodnevnog života. Iznad individualne nalazi se mikrorazina koja se u načelu odnosi na vezu pacijent-lijječnik, u našem slučaju liječnik privatne prakse.

Liječnička uloga ima dvije važne funkcije unutar zdravstvenog sustava: kontroliranje pristupa posebnim povlasticama bolesne uloge (bolovanja) i medikalizacije socijalnog jada. Iznad mikrorazine nalazi se intermedijarna koja obuhvaća jedan zdravstveni sustav, bolnicu.

Moć koju bolnički liječnici uživaju na ovoj razini u stvari je delegirana moć. Iako liječnici imaju veliku kontrolu nad svojim poslom ipak su i oni subjekti u bolničkim birkratskim ograničenjima.

Neki govore kako liječnici prolaze kroz proces deprofesionalizacije u svom statusu zaposlenika zdravstvenih korporacija koje održavaju zdravstveni sustav koji pod maskom uspješne skrbi traži načine kako povećati profit.

Posljednja razina je makrosocijalna unutar koje kritička medicinska antropologija pokušava ukorijeniti svoje studije zdravstveno povezanih problema unutar konteksta klasnih i imperijalističkih veza unutar kapitalističkog sovjetskog sustava. Cilj joj je razumjeti problem u kontekstu političkih i ekonomskih sila koje oblikuju ljudske veze, socijalna ponašanja i kolektivna iskustva.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Isto

¹⁰⁹ Usp. Isto

4. ZAKLJUČAK

Anksioznost je jedna kompleksna bolest koju se ne smije olako shvaćati. Brojni čimbenici utječu na njen nastanak, a ako uzmemo u obzir ovu sveprisutnu socijalnu krizu iz koje se izlazi ne nazire, jasno je zašto su predviđanja o svjetskoj epidemiji anksioznosti u idućih 20 godina potpuno legitimna.

Hrvatska je, naravno, u skladu sa svjetskim trendom širenja ove bolesti. To potkrjepljuju i psihijatri koji upozoravaju da je u Hrvatskoj zbog rata i traumatičnog poratnog razdoblja broj oboljelih u velikom porastu. Još se veći porast očekuje zbog specifičnosti naše situacije koju karakteriziraju nezaposlenost, osjećaj nesigurnosti kod mladih iz kojeg proizlaze migracije, problem od milijun umirovljenika, propalo gospodarstvo i sveopći strah od budućnosti.

Kad uz sve to pridodamo činjenicu da su se mnoge vrijednosti danas izgubile, da se cijene one pogrešne, da vlada površnost, da ljude u svemu što rade vodi želja za profitom, nikoga nije briga za onog drugog.

Na "malog se čovjeka" treba prestati gledati kao na marionetu onog "većeg". "Mali čovjek" zaslužuje jednaka prava kao i "veliki" jer, na kraju krajeva, svi bismo trebali biti isti. Svi smo kompleksne kulturalne konstrukcije, kulturalni oblici stvoreni od iskustava sebe i drugih. Većina nas vjeruje da smo dio socijalnog dogovora, a ne tržišnog ugovora. Nismo trgovci i nismo slobodni ekonomski agenti na slobodnom tržištu.

Problem zdravstvenih sustava još je jedan u nizu onih kojima bi se trebalo pozabaviti. Žalosno je to što je važno u kojem području živimo jer, eto, neke se bolesti tretiraju na različite načine na različitim mjestima.

Danas zdravlje ipak ima svoju cijenu koja mu nije određena univerzalnim ugovorom o ljudskim pravima na dostojanstvo i život, već univerzalnom opasnošću pripadanja populacijama najdaljim od epicentra promišljanja tržišta. Očito je da poboljšanje javnog zdravstva nikome nije glavna briga. Glavna se briga vrti oko redukcije troškova javnog zdravstva.

Kao rezultat toga došlo je do procvata privatnih ordinacija i poliklinika, jednog od glavnih "proizvoda" neoliberalne ideologije. Enormno duge liste čekanja na preglede u bolnicama potiču ljude da se okrenu privatnim praksama.

I pregled trebaju obaviti sada, a ne za dvije godine, ali nekada jednostavno ne mogu, nemaju novac i osuđeni su na patnju. .

Upravo se na taj način danas gleda na bolesne - kao na izvore profita. Humanost je zaboravljena, kao da nije ni postojala. Nejednakost je jedan od najvećih problema današnjice, a pitanje je vremena kad ćemo to osjetiti na vlastitoj koži.

LITERATURA

1. Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), str. 42–54.
2. Cataldo I, Lepri B, Neoh MJY, Esposito G. Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Front Psychiatry*. 2021
3. Coles, M. E., Gibb, B. E., & Heimberg, R. G. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory in adults with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 145–148.
4. Corrigan, P. W., Sokol, K. A., Rüsçh, N. (2013). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 49(1), str. 1–6.
5. Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), str. 106–113.
6. Ghandour, Sherman i drugi, Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children, 2019
7. Hari, J. (2020). Izgubljene veze: otkrivanje pravih uzroka aneksioznosti i neočekivanih rješenja, Impresum Zagreb: Planetopija, Zagreb, 1-392.
8. Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 555–598
9. Holmes, J. (2006). Depresija, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb,
10. Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), str. 419–425.
11. Kramblingrer, K. (2005). Mayoclinic: O aneksioznosti. Kako prepoznati, razumjeti i liječiti depresiju? Zagreb: Medicinska naklada, 1-194.

12. Leahy, R. L. (2014). Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, Jastrebarsko, 1-512.
13. Lam, A. Y., Jorm, A. F., & Wong, D. F. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: Effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), str. 18-24
14. Mihaljević-Peleš A. (2019) Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Soc psihijat.* str. 283-91.
15. Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M., Živković, M. (2022). Antidepresivi u kliničkoj praksi : poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: I. kategorije, Impresum Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb, 1-163.
16. Poljak Mihaela, Begić Dražen, Anksiozni poremećaj u djece i adolescenata, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju bubrega i Klinika za psihijatriju, Zagreb, Hrvatska
17. Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D., Ramachandra, S., Badamath, S. (2014). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), str. 368-372.
18. Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2010.
19. Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), str. 558–567.
20. Stone, J. (2017). Depression and young people, *Journal of medicine*, str. 1-12
21. Vulić-Prtorić, A. (2007). Naslov Depresivnost u djece i adolescenata, Izdanje 2. izd. Impresum Jastrebarsko: Naklada Slap, 1-307.
22. Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., ... Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), str. 71-79.
23. Zhang, X. (2017). Depression in context of world today, *Journal of medicine*, str. 12-35

24. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety.