



**AKADEMIJA ZA HUMANI RAZVOJA**

**STUDIJSKI PROGRAM: MASTER - OKUPACIONA TERAPIJA**

**ULOGA OKUPACIONE TERAPIJE U MULTIDISCIPLINARNOM  
TRETMANU ANKSIOZNIH POREMEĆAJA KOD ODRASLIH OSOBA  
S POSEBNIM OSVRTOM NA SARADNJU S PSIHOTERAPEUTOM**

**Master rad**

Mentor:

Prof.dr. Tatjana Milivojević

Student:

Mirela Rahimić

Br.indeksa: 3098/25

Beograd, 2026. godina

## Sažetak

Ovaj rad ispituje i prikazuje efekte primjene okupacione terapije u multidisciplinarnim tretmanima anksioznih poremećaja kod odraslih osoba, te teoretski i praktično prikazuje model sinhronizovanog timskog rada između psihoterapeuta, okupacionog terapeuta i drugih stručnjaka (psihijatra). Posebna pažnja posvećena je ulogama različitih psihoterapijskih pristupa: kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za generalizirani anksiozni poremećaj, psihodinamskih i somatskih tehnika za separacijsku anksioznost, te integrativnog pristupa terapije usmjerene na klijenta (PCT) i KBT-a za socijalnu anksioznost, i načinu na koji se oni održavaju u sinergiji s okupacionom terapijom i ostalim članovima tima. Metodologija je zasnovana na analizi tri studije slučaja, u kojima su praćeni simptomi, funkcionalnost i napredak klijenata kroz primjenu psihoterapijskih, farmakoloških i okupaciono-terapijskih intervencija. Rezultati pokazuju da dobro usklađene okupaciono-terapijske intervencije, u kombinaciji s dokazanim psihoterapijskim modelima i multidisciplinarnim pristupom, značajno doprinose smanjenju anksioznih simptoma i poboljšanju svakodnevne funkcionalnosti. Posebno se ističe efikasnost integracije ICP plana i elemenata različitih teorijskih modela unutar okupacione terapije. Zaključak rada naglašava važnost multidisciplinarnog i individualizovanog pristupa u tretmanu anksioznih poremećaja, pri čemu sinergija između psihoterapije, farmakoterapije i okupacione terapije predstavlja ključ za postizanje optimalnih terapijskih ishoda.

**Ključne riječi:** anksiozni poremećaji, okupaciona terapija, multidisciplinarni tretman, psihoterapija, farmakoterapija, intervencije, kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamski pristup, terapija usmjerena na klijenta, ICP plan, funkcionalnost.

## Abstract

This study examines and presents the effects of occupational therapy in multidisciplinary treatments of anxiety disorders in adults, as well as theoretically and practically illustrating a model of synchronized teamwork between psychotherapists, occupational therapists, and other professionals (psychiatrists). Special attention is given to the roles of different psychotherapeutic approaches: cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder, psychodynamic and somatic techniques for separation anxiety, and an integrative approach of client-centered therapy (CCT) and CBT for social anxiety, and how these are maintained in synergy with occupational therapy and other team members. The methodology

is based on the analysis of three case studies, in which clients' symptoms, functionality, and progress were monitored through psychotherapeutic, pharmacological, and occupational therapy interventions. Results show that well-coordinated occupational therapy interventions, combined with evidence-based psychotherapeutic models and a multidisciplinary approach, significantly contribute to the reduction of anxiety symptoms and improvement of daily functioning. The effectiveness of integrating the ICP plan and elements of various theoretical models within occupational therapy is particularly emphasized. The study concludes by highlighting the importance of a multidisciplinary and individualized approach in the treatment of anxiety disorders, where synergy between psychotherapy, pharmacotherapy, and occupational therapy represents the key to achieving optimal therapeutic outcomes.

**Keywords:** anxiety disorders, occupational therapy, multidisciplinary treatment, psychotherapy, pharmacotherapy, interventions, cognitive-behavioral therapy, psychodynamic approach, client-centered therapy, ICP plan, functionality.

## SADRŽAJ

Uvod .....	7
Predmet istraživanja .....	8
Cilj master rada .....	9
Posebni ciljevi rada .....	10
Hipoteze istraživanja .....	11
Glavna hipoteza .....	11
Posebne hipoteze: .....	11
Metode korištene u radu .....	12
Metode korištene u teorijskom dijelu rada .....	12
1. Anksiozni poremećaji .....	14
1.1. Definicija i karakteristike .....	14
1.1.1. Anksioznost, anksiozni poremećaji i „anksiozni napad“ .....	14
1.1.2 Osnovne karakteristike i simptomi anksioznih poremećaja .....	15
1.1.3. Podjela anksioznih poremećaja .....	16
1.2 Specifični anksiozni poremećaj iz studija slučaja .....	17
1.2.1. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP).....	17
1.2.2. Separacijski anksiozni poremećaj kod odraslih .....	18
1.2.3. Socijalni anksiozni poremećaj.....	19
1.3. Psihoterapijski i farmakološki tretman .....	19
1.3.1. Psihoterapijski pravci u tretmanu anksioznosti .....	19
1.3.2. Farmakološki tretman u liječenju anksioznih poremećaja .....	22
2. Okupaciona terapija .....	24
2.1. Pojmovno određenje okupacione terapije .....	24
2.2. Područja djelovanja okupacionog terepeuta u radu s osobama koje boluju od anksioznog poremećaja.....	25
2.4. Procjena funkcionalnog stanja u okupacionoj terapiji.....	28
2.4.1. Subjektivne procjene uključuju .....	28
2.4.2. Objektivni i standardizirani instrumenti .....	29
3. Multidisciplinarni pristup u tretmanu anksioznih poremećaja .....	32
3.1 Integrativni multidisciplinarni strukturalni pristup – ICP framework.....	33
3.2 Teorijski modeli multidisciplinarnog tretmana u okupacionoj terapiji .....	34
3.2.1. Biopsihosocijalni model (BPS) .....	34
3.2.2. Ostali modeli: CMOP-E, MOHO i PEO .....	35
3.2.2.1 CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) - Kanadski model okupacione performanse i angažmana).....	35

3.2.2.2 Model of Human Occupation (MOHO) - Model ljudske okupacije .....	35
3.2.2.3 Person–Environment–Occupation (PEO) model - Osoba–Okolina–Aktivnost model	35
3.3 Primjena modela u studijama slučaja .....	36
4. Metodološki okvir empirijskog istraživanja .....	36
4.1 Vrsta i dizajn istraživanja .....	36
4.2 Učesnici i kriteriji uključivanja .....	37
4.3 Intervencijski plan .....	38
4.4. Prikupljanje i analiza podataka.....	38
4.5. Etički aspekti .....	39
5. Studije slučaja .....	39
5.1. Studija slučaja 1 .....	39
5.1.1. Anamneza i klinička slika .....	39
5.1.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja .....	40
5.1.3 ICP Plan - (GAD) .....	41
5.1.4 Psihoterapijski plan (KBT pristup).....	42
5.1.5 Plan i implementacija OT intervencija .....	44
5.1.6. Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti studije slučaja 1 (Klijentica M.Z.) ...	46
5.1.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija – klijentica M.Z. ....	57
5.1.8 Kritička diskusija studije slučaja 1: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu anksioznosti.....	58
5.2 Studija slučaja 2 – Separacijska anksioznost .....	59
5.2.1 Anamneza i klinička slika .....	59
5.2.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja .....	60
5.2.3 Individualni plan tretmana ICP .....	61
5.2.4. Psihoterapijski plan .....	62
5.2.5 Plan i implementacija OT intervencija .....	63
5.2.6. Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti studije slučaja 2 .....	65
5.2.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija .....	70
5.2.8 Kritička diskusija studije slučaja 2: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu.....	70
5.3 Studija slučaja 3 – Socijalni anksiozni poremećaj .....	72
5.3.1 Anamneza, klinička slika.....	72
5.3.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja .....	72
5.3.3 ICP plan – Socijalni anksiozni poremećaj (Farmakoterapija + Psihoterapija + Okupaciona terapija).....	73
5.3.4 Farmakoterapija .....	73
5.3.5 Psihoterapijski plan .....	74

5.3.6 Plan i implementacija OT intervencija .....	75
5.3.6 Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti. ....	76
5.3.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija .....	79
5.3.8 Kritička diskusija studije slučaja 3: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu anksioznosti.....	80
6. Komparativna analiza rezultata .....	81
6.1. Uporedni prikaz intervencija:.....	81
6.2. Provjera hipoteza kroz studije slučaja .....	85
7. Povezanost teorijskog i praktičnog dijela (studija slučaja).....	87
8. Povezanost s literaturom .....	87
9. Teorijske i praktične implikacije .....	90
10. Zaključak .....	923

## Uvod

Anksiozni poremećaji kod odraslih predstavljaju čestu pojavu u savremenom društvu i predstavljaju kompleksan izazov za mentalno zdravlje. Zbog toga zahtijevaju prilagođene i učinkovite tretmane. Anksiozni poremećaji ne pogađaju samo emocionalnu sferu pojedinca, već imaju značajan utjecaj na socijalno funkcionisanje, profesionalni život te kvalitetu svakodnevnog funkcionisanja i života u cjelini. Stoga su strategije liječenja koje se temelje isključivo na jednoj vrsti intervencije često nedostatne, dok integracija različitih pristupa unutar multidisciplinarnih timova pruža veće šanse za trajnu promjenu i poboljšanje funkcionalnosti. U takvom kontekstu posebno je važno istražiti koje funkcionalnosti i oblici suradnje unutar tima najbolje doprinose terapijskom procesu, te kako pojedine intervencije djeluju samostalno, ali i u međusobnoj komplementarnosti. Posebna pažnja posvećena je sinergiji psihoterapeutskih metoda, farmakoterapije i okupacione terapije, s naglaskom na način na koji se okupaciona terapija integrira u timski rad kako bi se oblikovali najfunkcionalniji modeli koji mogu unaprijediti svakodnevno funkcionisanje osoba s anksioznim poremećajima i smanjiti njihove simptome.

Problematika anksioznih poremećaja u odrasloj populaciji ne može se sagledati samo kroz prizmu kliničkih simptoma. Osim stalne napetosti, prekomjerne zabrinutosti i fizičkih manifestacija straha, osobe pogođene ovim poremećajima često iskazuju smanjenu produktivnost, teškoće u međuljudskim odnosima, nisku toleranciju na stres i ograničenu sposobnost samostalnog funkcionisanja u svakodnevnom životu. Takve složene posljedice ukazuju na potrebu za integriranim tretmanom u kojem različite terapijske komponente djeluju komplementarno i dopunjuju se. Psihoterapija pruža mehanizme za razumijevanje i preradu emocionalnih i kognitivnih obrazaca, farmakoterapija može stabilizirati neurobiološke oscilacije povezane s anksioznošću, dok okupaciona terapija fokus stavlja na konkretne vještine i aktivnosti svakodnevnog života, čime se direktno poboljšava funkcionalnost. Optimalna sinergija ovih metoda unutar dobro koordiniranog multidisciplinarnog tima omogućava holistički pristup koji nadilazi ograničenja pojedinačnih tretmana.

Rad se temelji na analizi tri različite studije slučaja. Prva studija obuhvaća psihoterapijski pristup kognitivno-bihevioralne terapije u kombinaciji s okupacionom terapijom, druga psihodinamski pristup uz okupacionu terapiju, dok treća predstavlja integrativni model koji uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i okupacionu terapiju. Za svaku studiju korišteni su modeli i programi kao što je ICP plan, uz definirane strategije i metode, što omogućava

sustavno praćenje efekata pojedinih intervencija i njihove komplementarnosti. Kroz ove studije omogućeno je sagledavanje ne samo efikasnosti pojedinačnih terapijskih komponenti, već i njihove međusobne interakcije i utjecaja na funkcionalne ishode klijenata.

Cilj istraživanja je identificirati obrasce i strategije koje mogu unaprijediti tretman anksioznih poremećaja, s naglaskom na praktičnu primjenu u multidisciplinarnim timovima. Poseban fokus stavljen je na funkcionalnosti tima, uključujući koordinaciju između terapeuta i okupacionih terapeuta, pravovremeno planiranje intervencija, praćenje individualnih potreba klijenata i evaluaciju ishoda, kako bi se omogućila maksimalna komplementarnost i adaptivnost terapijskog procesa. Kroz ovakav pristup moguće je prepoznati ključne čimbenike koji doprinose uspješnom smanjenju simptoma anksioznosti, ali i poboljšanju svakodnevnih sposobnosti i socijalne participacije klijenata.

Glavna hipoteza pretpostavlja da primjena okupacione terapije u okviru multidisciplinarnog tretmana doprinosi smanjenju anksioznih simptoma i unapređenju funkcionalnog kapaciteta klijenata. Posebne hipoteze ukazuju da sinergija stručnjaka, integracija različitih psihoterapijskih pravaca, strukturisane okupaciono-terapijske intervencije i njihova dugoročna primjena doprinose boljoj individualizaciji tretmana, većoj samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima te stabilizaciji simptoma i prevenciji relapsa.

Primjenom modela i planiranih intervencija omogućeno je prikupljanje podataka koji ilustriraju kako različiti pristupi utiču na smanjenje simptoma anksioznosti i poboljšanje funkcionalnih sposobnosti klijenata. Dobiveni rezultati ne samo da pružaju empirijsku osnovu za daljnje unapređenje terapijskih modela, već doprinose i razvoju znanja u društvenoj i kliničkoj praksi, nudeći preporuke koje mogu biti korisne u planiranju individualiziranih i integriranih tretmana za osobe s anksioznim poremećajima. Kroz ovo istraživanje, multidisciplinarni timovi dobijaju smjernice za optimizaciju svojih funkcionalnosti, dok klijenti dobivaju priliku za kvalitetnije i učinkovitije upravljanje simptomima, što doprinosi inovacijama u oblasti mentalnog zdravlja i poboljšanju ukupne socijalne dobrobiti.

### **Predmet istraživanja**

Predmet ovog master rada jeste kvalitativno istraživanje efekata primene okupacione terapije u okviru multidisciplinarnog tretmana anksioznih poremećaja kod odraslih osoba, sa posebnim fokusom na sinhronizaciju i funkcionalnu integraciju timskog rada između psihoterapeuta, okupacionog terapeuta i, prema potrebi, drugih stručnjaka.

Rad se zasniva na tri studije slučaja koje obuhvataju različite oblike anksioznih poremećaja prema najnovijoj DSM (DSM-5) klasifikaciji, od kojih sam izabrala: generalizirani anksiozni poremećaj, separacijsku anksioznost i socijalni anksiozni poremećaj. Svaka studija slučaja povezuje specifičnu kliničku sliku sa adekvatnim psihoterapijskim pristupom, ali sa posebnim i proširenim prostorom za preciznije definisane, strukturisane i sistematski prikazane okupaciono-terapijske intervencije.

Generalizirani anksiozni poremećaj tretira se kroz kognitivno-bihevioralni pristup, dok okupaciona terapija obuhvata detaljnu procjenu okupacionog funkcionisanja, analizu dnevnih aktivnosti, planiranje strukturisanog rasporeda, intervencije usmjerene na organizaciju vremena, regulaciju stresa kroz aktivnosti i jačanje adaptivnih obrazaca ponašanja. Separacijska anksioznost obrađuje se psihodinamskim pristupom, uz okupaciono-terapijske intervencije usmjerene na osamostaljivanje, postepeno izlaganje situacijama odvajanja kroz svakodnevne aktivnosti, rekonstrukciju životnih uloga i jačanje funkcionalne autonomije. Socijalni anksiozni poremećaj tretira se integrativnim psihoterapijskim pristupom, dok okupacioni terapeut sistematski planira intervencije razvoja socijalnih vještina, trening u realnim životnim kontekstima, strukturisano uključivanje u društvene aktivnosti i evaluaciju funkcionalnog napretka.

Poseban segment rada biće posvećen detaljnom prikazu procesa procjene, planiranja, implementacije i evaluacije okupaciono-terapijskih intervencija, uključujući vođenje terapijske dokumentacije i praćenje ishoda tretmana.

### **Cilj master rada**

Cilj ovog master rada jeste ispitati i prikazati efekte primene okupacione terapije u okviru multidisciplinarnog tretmana anksioznih poremećaja kod odraslih osoba, te teorijski i praktično utemeljiti model sinhronizovanog timskog rada između psihoterapeuta, okupacionog terapeuta i drugih stručnjaka. Rad ima za cilj da pokaže na koji način jasno definisane i sistematski implementirane okupaciono-terapijske intervencije doprinose unapređenju svakodnevnog funkcionisanja, stabilizaciji simptoma i poboljšanju kvaliteta života osoba sa anksioznim poremećajima.

Naučni cilj rada jeste ispitati ulogu i efekte okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu anksioznih poremećaja kod odraslih osoba, posebno analizirajući značaj saradnje između psihoterapeuta i okupacionog terapeuta, te ispitati uticaj okupaciono-terapijskih intervencija u

multidisciplinarnom tretmanu na stabilizaciju simptoma i funkcionalnost osoba s anksioznim poremećajem.

Društveni cilj rada je doprinos boljoj mentalno-zdravstvenoj zaštiti ukazivajući na značaj multidisciplinarnog pristupa i uloge okupacione terapije, kao i unapređenje svakodnevnog funkcionisanja i kvalitete života osoba sa anksioznim poremećajima.

Naučni doprinos rada: Iako su anksiozni poremećaji često istraživani u okviru psihoterapije i psihijatrije, uloga okupacione terapije ostaje nedovoljno teorijski i praktično razrađena. Nalazi ovog istraživanja u skladu su s postojećim naučnim spoznajama koje naglašavaju značaj multidisciplinarnog pristupa u tretmanu anksioznih poremećaja, te potvrđuju da sinergija između psihoterapijskih modaliteta i okupacione terapije doprinosi poboljšanju funkcionalnih i psiholoških ishoda klijenata. Poseban doprinos ovog rada ogleda se u komparativnoj analizi različitih psihoterapijskih pristupa u kratkoročnom tretmanu kroz metodologiju studija slučaja.

#### **Posebni ciljevi rada**

1. Analizirati specifičnosti različitih oblika anksioznih poremećaja prema DSM-5 klasifikaciji kroz tri detaljno razrađene studije slučaja, čime se daje doprinos preciznijoj i stručno utemeljenoj primjeni okupacione terapije te unosi inovativnost u njenu integraciju unutar multidisciplinarnog tretmana.
2. Prikazati primjenu različitih psihoterapijskih pristupa – kognitivno-bihevioralnog, psihodinamskog i integrativnog – u skladu sa dominantnom kliničkom slikom, uz jasnu korelaciju i usklađenost sa okupaciono-terapijskim intervencijama.
3. Detaljno definisati i sistematizovati okupaciono-terapijske intervencije u tretmanu generaliziranog anksioznog poremećaja, separacijske anksioznosti i socijalnog anksioznog poremećaja.
4. Prikazati proces procjene okupacionog funkcionisanja, planiranja intervencija, implementacije terapijskog plana i evaluacije ishoda tretmana.
5. Ispitati način na koji okupaciona terapija doprinosi integraciji psihoterapijskog procesa sa svakodnevnim životnim ulogama i aktivnostima klijenata.
6. Razraditi model kvalitetne sinhronizacije i saradnje unutar multidisciplinarnog tima, sa posebnim naglaskom na komplementarnost psihoterapije i okupacione terapije.

7. Ukazati na potencijal okupacione terapije u dugoročnoj stabilizaciji funkcionisanja i prevenciji relapsa kod osoba sa anksioznim poremećajima.

### **Hipoteze istraživanja**

Imajući u vidu cilj rada, ispitivanje efekata okupacione terapije u tretmanu anksioznih poremećaja kroz studije slučaja, postavljene su sljedeće radne hipoteze:

#### **Glavna hipoteza**

**H1:** Primjena okupacione terapije u okviru multidisciplinarnog tretmana doprinosi smanjenju intenziteta anksioznih simptoma i unapređenju funkcionalnog kapaciteta klijenata.

#### **Posebne hipoteze:**

**H2:** Sinhronizovana saradnja između psihoterapeuta i drugih stručnjaka s okupacionim terapeutom omogućava efikasniju primjenu terapijskih intervencija i poboljšava ishode tretmana.

**H3:** Primjena različitih psihoterapijskih pravaca (kognitivno-bihevioralnog, psihodinamskog i integrativnog) u korelaciji sa okupaciono-terapijskim intervencijama doprinosi individualizaciji tretmana i jačanju funkcionalnih sposobnosti klijenata.

**H4:** Strukturisane i jasno definisane okupaciono-terapijske intervencije poboljšavaju sposobnost klijenata s anksioznim poremećajem da se samostalno nose sa svakodnevnim aktivnostima i stresorima.

**H5:** Integracija okupacione terapije u multidisciplinarni tretman anksioznih poremećaja doprinosi dugoročnoj stabilizaciji simptoma i prevenciji relapsa.

\*Napomena o karakteru hipoteza

S obzirom na mali uzorak i dizajn višestruke studije slučaja, hipoteze imaju orijentacionu i interpretativnu funkciju. Njihova provera vrši se kroz kombinaciju deskriptivne analize kvantitativnih pokazatelja i tematske analize kvalitativnih podataka, bez pretenzije statističke generalizacije nalaza.

### **Metode korištene u radu**

#### **Metode korištene u teorijskom dijelu rada**

Analiza literature - sistematsko proučavanje domaćih i stranih naučnih izvora, stručnih članaka i kliničkih priručnika.

Sinteza podataka - objedinjavanje informacija iz različitih izvora radi formiranja teorijskog okvira.

Deskriptivna metoda - opisivanje teorijskih pristupa, kliničkih intervencija i multidisciplinarnih modela.

Komparativna metoda - poređenje različitih psihoterapijskih pravaca i njihove povezanosti sa okupacionom terapijom.

Interpretativna metoda - tumačenje odnosa između kliničke teorije i praktične primjene.

Tehnike korištene u empirijskom dijelu rada: sistematsko pretraživanje i selekcija literature, bilježenje ključnih podataka i citata, organizacija informacija u tematske cjeline, grafičko i tablično prikazivanje komparativnih analiza

#### **Metode korištene u empirijskom dijelu rada:**

Studija slučaja - detaljno praćenje tretmana tri klijenta sa različitim oblicima anksioznih poremećaja (generalizirani anksiozni poremećaj, separacijska anksioznost i socijalni anksiozni poremećaj).

Posmatranje - sistematsko bilježenje ponašanja, reakcija i napretka klijenata tokom terapijskih intervencija.

Polustrukturisani intervju - vođenje intervju sa klijentima i članovima tima radi uvida u iskustva i percepciju efikasnosti intervencija.

Analiza dokumentacije - pregled terapijskih planova, dnevnika aktivnosti i evaluacionih upitnika.

Kvalitativna deskriptivna analiza - interpretacija podataka u vezi sa uticajem okupacione terapije i multidisciplinarnog pristupa

U empirijskom dijelu rada korišćene su tehnike dnevnika terapijskih aktivnosti, polustrukturisanih intervju, kodiranja podataka te specifične tehnike okupacione terapije:

standardizirani testovi, planiranje aktivnosti, regulacija stresa, trening životnih vještina, postepeno izlaganje stresorima i praćenje napretka.

### **Instrumenti**

U cilju procjene intenziteta simptoma i praćenja terapijskog napretka korišteni su sljedeći instrumenti:

- State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – procjena stanja i osobine anksioznosti (Spielberger, 1983)
- Beck Anxiety Inventory (BAI) – procjena intenziteta anksioznih simptoma (Beck et al., 1988)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – procjena simptoma anksioznosti i depresivnosti (Zigmond & Snaith, 1983)
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM) – procjena subjektivnog doživljaja performansa i zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima (Law et al., 2014)
- Global Assessment Scale (GAS) – individualizovana procjena ostvarenosti terapijskih ciljeva i općeg funkcionalnog statusa (Endicott et al., 1976)
- Social Phobia Inventory (SPIN) – procjena socijalne anksioznosti i socijalno-fobičnih simptoma (Connor et al., 2000)
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) – procjena samopoštovanja i subjektivne percepcije lične vrijednosti (Rosenberg, 1965)
- Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R) – procjena stila vezivanja, uključujući dimenzije anksioznosti i izbjegavanja u interpersonalnim odnosima (Mikulincer & Shaver, 2007)

Instrumenti su primjenjivani prije početka tretmana i nakon završetka terapijskog ciklusa, u cilju deskriptivnog poređenja promena.

## Etički aspekti

Istraživanje je sprovedeno u skladu sa osnovnim etičkim principima rada u oblasti mentalnog zdravlja:

- dobrovoljnost učesća,
- pravo na povlačenje iz istraživanja u bilo kom trenutku,
- poverljivost i zaštita identiteta učesnika,
- korišćenje podataka isključivo u istraživačke svrhe.

Svi učesnici dali su informisanu saglasnost za korišćenje anonimizovanih podataka u okviru akademskog rada.

## 1. Anksiozni poremećaji

### 1.1. Definicija i karakteristike

#### 1.1.1. Anksioznost, anksiozni poremećaji i „anksiozni napad“

*Anksioznost* se u literaturi opisuje kao emocionalno stanje koje uključuje osjećaje straha, zabrinutosti, napetosti i unutrašnje uznemirenosti. Riječ je o univerzalnom iskustvu koje većina ljudi doživi tokom života, najčešće kao reakciju na stresne ili prijeteeće situacije (Poljak, 2016).

*Anksiozni poremećaji* ubrajaju se među najčešće psihijatrijske poremećaje, ali i među najzastupljenije zdravstvene probleme uopće, s procijenjenom prevalencom od 20% do 30% u općoj populaciji (Vulić-Prtorić, 2006). Oni se definišu kao nepsihotični mentalni poremećaji u kojima je anksioznost dominantan simptom, pri čemu nije uzrokovana organskim oboljenjima mozga (Latas, 2022).

Iako je anksioznost prirodna i adaptivna emocija, ona postaje klinički značajna kada je intenzivna, dugotrajna i kada narušava svakodnevno funkcionisanje pojedinca. U takvim slučajevima govorimo o *anksioznim poremećajima*.

U svakodnevnom govoru često se koristi termin „*anksiozni napad*“, iako on nije službeno dijagnostički prepoznat. Ovaj pojam se obično odnosi na naglo pojačavanje simptoma anksioznosti koji mogu podsjećati na panični napad, ali za razliku od paničnih napada,

**Commented [TM1]:** Ne treba imati tri nivoa naslova jedna ispod drugih, bez nekog teksta između. U definiciju i karakteristike ubacite ovo: *Anksioznost* se u literaturi opisuje kao emocionalno stanje koje uključuje osjećaje straha, zabrinutosti, napetosti i unutrašnje uznemirenosti. Riječ je o univerzalnom iskustvu koje većina ljudi doživi tokom života, najčešće kao reakciju na stresne ili prijeteeće situacije (Poljak, 2016).

*Anksiozni poremećaji* ubrajaju se među najčešće psihijatrijske poremećaje, ali i među najzastupljenije zdravstvene probleme uopće, s procijenjenom prevalencom od 20% do 30% u općoj populaciji (Vulić-Prtorić, 2006). Oni se definišu kao nepsihotični mentalni poremećaji u kojima je anksioznost dominantan simptom, pri čemu nije uzrokovana organskim oboljenjima mozga (Latas, 2022).

Iako je anksioznost prirodna i adaptivna emocija, ona postaje klinički značajna kada je intenzivna, dugotrajna i kada narušava svakodnevno funkcionisanje pojedinca. U takvim slučajevima govorimo o *anksioznim poremećajima*. A onda, pod 1.1.1. Anksiozni napad

simptomi anksioznosti mogu trajati duže – od nekoliko dana do više sedmica ili mjeseci (Ankrom, 2025).

### 1.1.2 Osnovne karakteristike i simptomi anksioznih poremećaja

Simptomi anksioznih poremećaja se često u literaturi prikazuju kroz emocionalne, fiziološke, kognitivne i bihevioralne aspekte, kako bi se obuhvatio kompletan klinički prikaz (Barlow, 2002), koji se oslanja na DSM-IV klasifikaciju. Razlike između DSM-IV i DSM-5 odnose se prvenstveno na organizaciju i dijagnostičke kriterije, dok su osnovni simptomi i karakteristike anksioznih poremećaja ostali isti (American Psychiatric Association, 2013). Barlow u svojoj knjizi *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* ne navodi ovu listu simptoma izričito, već su ove kategorije sintetiziran koncept izveden iz općih opisa simptoma i dijagnostičkih kriterija.

Simptomi su grupisani u četiri glavne kategorije kako bi se čitatelju pružio jasan pregled različitih aspekata anksioznih poremećaja:

#### 1. Emocionalne karakteristike:

- Pretjerani strah i zabrinutost
- Stalna napetost ili uznemirenost
- Osjećaj gubitka kontrole

#### 2. Fiziološki simptomi:

- Ubrzan rad srca
- Znojenje
- Napetost mišića
- Drhtanje
- Osjećaj gušenja ili pritiska u grudima
- Vrtoglavica

#### 2. Kognitivni simptomi:

- Katastrofične misli
- Stalno očekivanje negativnog ishoda

- Teškoće koncentracije
- Osjećaj gubitka kontrole nad sobom ili situacijom

#### 4. Bihevioralne promjene:

- Izbjegavanje situacija koje izazivaju strah
- Povlačenje iz socijalnih aktivnosti
- Povećana potreba za kontrolom i sigurnošću

#### 1.1.3. Podjela anksioznih poremećaja

Prema DSM-5, anksiozni poremećaji se dijele na sljedeće dijagnoze:

- **Poremećaj separacijske anksioznosti**
- Selektivni mutizam
- Specifična fobija
- **Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija)**
- Panični poremećaj
- Agorafobija
- **Generalizirani anksiozni poremećaj**
- Anksiozni poremećaj izazvan supstancom ili medikamentom
- Anksiozni poremećaj zbog druge medicinske bolesti
- Drugi specificirani anksiozni poremećaj
- Nespecificirani anksiozni poremećaj (American Psychiatric Association, 2013)

U DSM-5, za razliku od DSM-IV, anksiozni poremećaji su reorganizovani tako da OKP i PTSP više nisu uključeni u ovu kategoriju, dok su ostali poremećaji preciznije definisani i zadržani unutar zasebne kategorije.

U ovom radu fokus će biti na tri ključna anksiozna poremećaja: **generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaj separacijske anksioznosti i socijalni anksiozni poremećaj**. Prema American Psychiatric Association (2013) izdvajam da su se u DSM-5 desile specifične promjene unutar ovih poremećaja, koje se odnose na kriterije dijagnoze i trajanje simptoma:

- Generalizirani anksiozni poremećaj (GAD) - DSM-5 precizira trajanje simptoma na najmanje 6 mjeseci kod odraslih i djece. Promjena u GAD-u u DSM-5 se, takođe, definiše i kroz utjecaj simptoma na svakodnevni život.
- Poremećaj separacijske anksioznosti - DSM-5 omogućava dijagnozu i kod odraslih, dok osnovni simptomi ostaju isti.
- Socijalni anksiozni poremećaj - DSM-5 proširuje kriterije tako da uključuje strah od negativnog ocjenjivanja kod odraslih, dok osnovni simptomi ostaju nepromijenjeni.

## **1.2 Specifični anksiozni poremećaj iz studija slučaja**

U nastavku rada bit će izdvojene tri vrste anksioznih poremećaja: generalizirani anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni poremećaj i socijalni anksiozni poremećaj, koji će biti detaljnije predstavljeni kroz tri različite studije slučaja u empirijskom dijelu rada, pri čemu će se prikazati načini njihovog tretmana u okviru multidisciplinarnog tima, kroz različite prakse psihoterapijskih orijentacija, okupacionu terapiju te, po potrebi, farmakološki pristup.

### **1.2.1 Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)**

Prema Bandelow i Michaelis (2015), anksiozni poremećaji, uključujući generalizovani anksiozni poremećaj, spadaju među najčešće mentalne poremećaje u populaciji, pri čemu simptomi mogu biti dugotrajni i uticati na funkcionisanje pojedinca (Bandelow & Michaelis, 2015).

U knjizi *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*, Barlow i saradnici (2018, str. 134–135) opisuju generalizovani anksiozni poremećaj (GAD) kao „stalan, pretjeran osjećaj zabrinutosti koji je teško kontrolisati“. Oni ističu da osobe sa GAD-om često „stalno očekuju katastrofu“ i da, čak kada postignu dobre rezultate, veruju da će nešto poći po zlu. Kroz slučaj Irene, studentkinje koja je imala odlične ocene, ali je i dalje bila u stalnom strahu da će pogrešiti ili da će ispiti biti katastrofalni, autori ilustruju kako briga preplavljuje sve životne sfere, od školskih obaveza, preko odnosa sa prijateljima i partnerom, do brige o zdravlju i svakodnevnim aktivnostima.

Barlow i saradnici takođe naglašavaju da GAD proizlazi iz „generalizovane biološke ranjivosti“ i „genetskih predispozicija za anksioznost“ (str. 137). Biološki faktori uključuju hroničnu mišićnu napetost i nisku autonomnu fleksibilnost, dok psihološki faktori podrazumevaju osećaj da su važni događaji „van kontrole i potencijalno opasni“.

Takođe, GAD često dolazi „u komorbiditetu“ sa drugim mentalnim poremećajima – oko polovine osoba ima još neki anksiozni ili depresivni poremećaj, a često se javljaju i problemi sa zloupotrebom supstanci (str. 134). Knjiga ističe da je kognitivno-biheviorna terapija (KBT) naročito efikasna jer pomaže da se „prekinu ciklus pretjerane brige i razviju realističnije misli“, što omogućava dugoročno smanjenje simptoma i bolju kontrolu nad životom (str. 138).

Prema APA (2013, str. 222), simptomi ovog poremećaja moraju značajno ometati svakodnevni život osobe, uključujući socijalne, profesionalne i druge važne aspekte funkcioniranja (primjenjivo u studiji slučaja 1), te se ne smiju pripisivati utjecaju lijekova, psihoaktivnih supstanci, medicinskih problema ili drugog mentalnog poremećaja.

### **1.2.2. Separacijski anksiozni poremećaj kod odraslih**

Kao što je već spomenuto, separacijski anksiozni poremećaj (SAP) se dugo smatrao poremećajem karakterističnim za djecu, međutim prema APA (2013, str. 222–223), može se javiti i u odrasloj dobi.

Ovaj poremećaj karakteriše intenzivan strah ili tjeskoba vezana uz razdvajanje od osoba na koje je pojedinac emocionalno vezan, poput partnera, djece ili roditelja. Osim emocionalnih simptoma, mogu se javiti i tjelesni simptomi, uključujući glavobolju, mučninu, bolove u stomaku, noćne more povezane s razdvajanjem, te izražena potreba za stalnim kontaktom i potvrdom sigurnosti voljenih osoba (Shear et al., 2006, str. 1076).

U Studiji slučaja 2 detaljno je prikazana klijentica koja doživljava separacijsku anksioznost nakon razdvajanja od partnera, pri čemu se jasno vidi kako to utiče na njeno profesionalno ponašanje i svakodnevno funkcionisanje.

Kod ove klijentice primetan je anksiozno-okupirajući stil vezivanja, koji je nastao kao posljedica odsutnosti i emocionalne zanemarenosti u detinjstvu. Prema Bowlbyju (1969), rani nesigurni odnosi oblikuju unutrašnje radne modele, što u odrasloj dobi može dovesti do intenzivnog straha od napuštanja i stalne zabrinutosti za voljene osobe.

Ovu teorijsku perspektivu potvrđuju i savremena istraživanja: Bassi i saradnici (2022) su na uzorku od 394 mlade odrasle osobe u Italiji pokazali da rani doživljaji separacije značajno predviđaju anksiozan stil vezivanja, čime se daje podrška povezanosti između nesigurne privrženosti i kasnije separacijske anksioznosti. Ovi nalazi se uklapaju sa onim što je zabilježeno u Studiji slučaja 2: rani nesigurni odnosi mogu postaviti temelj za anksiozno-okupirajući stil vezivanja koji doprinosi razvoju separacijske anksioznosti u odraslom dobu.

Međutim, John Bowlby je isticao da se anksioznost vezana uz razdvajanje ne može pripisati jednom uzroku, već je rezultat složenih interakcija između ranih iskustava, privrženosti i individualnih karakteristika djeteta (Bowlby, 1988). To bi značilo da separacijska anksioznost nije jednostavan fenomen sa jednim uzrokom, već, ipak, nastaje kao kombinacija više faktora.

### 1.2.3. Socijalni anksiozni poremećaj

„Socijalni anksiozni poremećaj (SAD) obuhvata izražen strah ili tjeskobu od jedne ili više socijalnih situacija u kojima pojedinac može biti ili ne biti pod nadzorom drugih“, pri čemu se osoba često boji da će biti negativno procijenjena od strane drugih i može doživjeti intenzivnu anksioznost ili izbjegavati takve situacije (Rose & Tadi, 2022).

Prema DSM-5 klasifikaciji, socijalni anksiozni poremećaj je ranije bio poznat kao socijalna fobija, što je bio naziv koji se koristio u DSM-IV. Promjena naziva u socijalni anksiozni poremećaj reflektuje širi kontekst ovog poremećaja, koji sada obuhvata ne samo fobično izbjegavanje socijalnih situacija već i emocionalnu tjeskobu i strah od negativnog ocjenjivanja, poniženja ili sramote u društvenim interakcijama. Fokus više nije samo na izbjegavanju, već na iskustvu straha i nelagode u socijalnim situacijama, što uključuje i strah od pokazivanja simptoma anksioznosti ili greške pred drugima (American Psychiatric Association, 2013), što će biti prikazano u studiji slučaja 3.

## 1.3. Psihoterapijski i farmakološki tretman

### 1.3.1. Psihoterapijski pravci u tretmanu anksioznosti

Prema Anxiety and Depression Association of America (n.d.), u psihoterapiji postoji veliki broj različitih pravaca i teorijskih orijentacija. Među najzastupljenijima izdvajaju se kognitivno-

**Commented [TM2]:** unesite i ovde, makar par rečenica između dva nivoa podnaslova.

bihevioralna terapija (CBT), terapija izlaganjem, terapija prihvatanja i posvećenosti (ACT), dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT), psihodinamska terapija, interpersonalna terapija (IPT), terapije zasnovane na mindfulnessu, humanistička terapija, odnosno terapija usmjerena na osobu, kao i grupna i porodična terapija. Iako svi ovi pravci imaju za cilj smanjenje simptoma anksioznosti i poboljšanje funkcionalnosti klijenta, oni se razlikuju po teorijskim osnovama, tehnikama i fokusu tretmana. Ove razlike omogućavaju terapeutima da odaberu ili prilagode terapijski pristup prema individualnim potrebama klijenta, tipu poremećaja i ciljevima terapije.

Klijenti s anksioznim poremećajima mogu birati psihoterapeuta, ali neki psihoterapeuti primjenjuju samo jedan pravac. Također, klijenti obično nemaju dovoljno stručnog znanja da samostalno procijene koja vrsta terapije bi im najviše odgovarala, pa je uloga terapeuta ključna u preporuci i prilagodbi tretmana prema individualnim potrebama i tipu poremećaja. U ovom radu, izbor pravca će biti prilagođen tipu anksioznog poremećaja kako bi terapija bila najefikasnija:

U članku *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses*, Hofmann i saradnici (2012) u svom pregledu meta-analiza ističu da je *kognitivno-bihevioralna terapija* (CBT) najistraženija i najučinkovitija terapija za anksiozne poremećaje, kao i za mnoge druge psihičke probleme.

“Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je strukturirani oblik terapije razgovorom u kojem radite sa stručnjakom za mentalno zdravlje kako biste postali svjesni i promijenili obrasce mišljenja i ponašanja koji mogu stvarati probleme u vašem životu.” (Mayo Clinic, 2023) KBT ispituje odnos između između misli, osjećaja i ponašanja i pomaže da se jasnije sagledaju izazovne situacije i reaguje na njih efikasnije.

Clark (2013) navodi da se kognitivno restrukturiranje koristi za istraživanje, procjenu i promjenu maladaptivnih misli koje uzrokuju iskrivljeno razmišljanje.

Terapeut će koristiti ABC model kognitivno-bihevioralne terapije kako bi klijenta educirao o tome kako preoblikovati negativne ideje, iracionalno razmišljanje i kognitivne distorzije. Nunez (2020) definiše A kao aktivirajući događaj (Activating event), B kao uvjerenja (Beliefs) i C kao posljedice (Consequences).

Također, promjenom uvjerenja mijenjamo i svoje emocije, a kako objašnjava Tolin (2024), naše emocije će se jednostavno prilagoditi. Dakle, kada činimo dobro, osjećamo se bolje i

razmišljamo zdravije. Prema mrežnoj meta-analizi 65 randomiziranih kliničkih ispitivanja, tradicionalna kognitivno-bihevioralna terapija (CBT) značajno smanjuje simptome generaliziranog anksioznog poremećaja u odnosu na tretman kakav jest. Zbog dokazanih kratkoročnih i dugoročnih efekata, CBT se smatra terapijom prve linije za GAD.“ (Papola i sur., 2024)

Međutim, „U CBT-u naglasak na terapijsku relaciju nije toliko centralan kao u drugim terapijskim modelima, a odnos se integriše s tehnikama, iako se kontinuirano radi na unapređenju i proširenju razumijevanja terapijske interakcije.“ (Efstathiou, 2021) CBT stavlja fokus na tehnike, a terapijska relacija je prisutna, ali nije glavni cilj, što može uticati na to kako klijent doživljava validaciju svog iskustva.

Za separacijsku anksioznost predlože se *psihodinamski pristup*, kombinovan sa somatskim i tjelesnim tehnikama. Ova kombinacija omogućava klijentima da istraže korijenske emocionalne uzroke straha od napuštanja, dok somatske tehnike pomažu u regulaciji tjelesnih reakcija povezanih sa anksioznošću (Busch & Milrod, 2015). *Psihodinamski pristup* naglašava ulogu nesvjesnih konflikata, ranijih iskustava i relacijskih obrazaca u nastanku anksioznih simptoma. Terapeut pruža sigurno okruženje u kojem klijent može istraživati unutrašnje emocionalne konflikte, nesvjesne strahove i raditi na regulaciji emocija. Ovaj pristup je često dugoročniji i fokusira se na uvođenje uvida, za razliku od KBT koja je više usmjerena na praktične promjene (Busch & Milrod, 2015). Također, „psihodinamska terapija je pokazala efikasnost u anksioznim poremećajima“ (Society for the Advancement of Psychotherapy, n.d.).

Za socijalnu anksioznost *integrativni pristup* pokazuje najbolje rezultate, jer pokriva i kognitivne obrasce (KBT tehnike), i emocionalne te interpersonalne aspekte terapije usmjerene na klijenta. Klijent kroz podržavajući odnos s terapeutom razvija samoprihvatanje i emocionalnu sigurnost, dok praktične KBT tehnike pomažu u smanjenju izbjegavanja i socijalnog straha (Stephen, Elliott & Macleod, 2011). Ovaj multidisciplinarni okvir omogućava individualizovan tretman koji odgovara različitim tipovima anksioznih poremećaja i potrebama klijenata.

*Terapija usmjerena na klijenta* (Person-centred therapy), razvijena od strane Carl Rogers, zasniva se na vjerovanju u sposobnost klijenta za rast i samoostvarenje, uz ključnu ulogu terapeutove empatije, autentičnosti i bezuslovnog prihvatanja (Rogers, 1961/2004). U takvom okruženju, kao što je Rogers naveo (1961), klijent će se spremno ne samo otvoriti i postati svjestan sebe, već će i približiti svom idealnom ja i razviti se u osobu kojom želi biti. Bit će u

stanju rješavati probleme, uspostavljati bliže veze s drugima i donositi manje nezrele odluke. U tom trenutku dolazi do samoaktualizacije. „PCT može dovesti do značajnih promjena kod klijenata sa socijalnom anksioznošću.” (Stephen, Elliott, & Macleod, 2011) Time se u velikoj mjeri potvrđuje da PCT omogućava klijentima da kroz podržavajuću terapeutsku relaciju sami postignu značajne promjene.

### **1.3.2. Farmakološki tretman u liječenju anksioznih poremećaja**

Prema smjernicama NICE (2011), osobama sa anksioznim poremećajem kod kojih simptomi ozbiljno ometaju svakodnevno funkcionisanje, a psihološke intervencije nisu dovoljne, treba ponuditi ili intenzivniju psihoterapiju (npr. CBT) ili farmakoterapiju. Slično, APA (2020) naglašava da kombinacija psihoterapije i farmakoterapije može biti indicirana kod umjerenih i težih simptoma, a odluka o terapiji treba biti individualizovana i zasnovana na procjeni rizika i koristi.

U procesu odlučivanja o uvođenju farmakoterapije psihijatar procjenjuje individualnu kliničku sliku pacijenta, komorbiditete i profil nuspojava kako bi odabrao najprikladniju terapijsku strategiju, uzimajući u obzir dostupne terapijske opcije i naučne dokaze o njihovoj učinkovitosti. “Iako su na raspolaganju sigurni i učinkoviti lijekovi za sve anksiozne poremećaje, i nadalje je bitno svakog bolesnika adekvatno i što prije dijagnosticirati, te procijeniti koja je terapijska strategija za njega najbolja.” (Medix, 2007)

Prema smjernicama National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011), farmakoterapija anksioznih poremećaja se razvrstava prema efikasnosti i sigurnosti u nekoliko linija liječenja. Prva linija obuhvata selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SSRI), koji se preporučuju zbog dokazane efikasnosti u smanjenju simptoma i prihvatljivog profila nuspojava. Druga linija uključuje inhibitore ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI), koji se koriste kao alternativa kada SSRI nisu efikasni ili se ne podnose. Ostali lijekovi, uključujući benzodiazepine i druge antidepresive, razmatraju se u specifičnim, kriznim situacijama samo kratkotrajno, kada prethodne grupe nisu dale zadovoljavajući rezultat, uz strogo praćenje nuspojava i rizika od ovisnosti (NICE, 2011).

Iako farmakoterapija predstavlja važan segment standardnog tretmana, značajan broj klijenata je izbjegava zbog društvenih stereotipa i stigme (Schomerus & Angermeyer, 2008), kao i zbog zabrinutosti u vezi s varijabilnim učinkom lijekova i vremenskog odlaganja punog terapijskog

efekta (Cipriani et al., 2018). U situacijama kada klijent odbija farmakoterapiju, smjernice naglašavaju važnost poštivanja autonomije klijenta i pružanja jasnih, tačnih i potpunih informacija o dostupnim opcijama liječenja, uključujući njihove prednosti i ograničenja. Kontinuirano postavljanje realnih i dostižnih ciljeva, praćenje napretka i motivacije klijenta predstavljaju značajne faktore uspjeha tretmana (NICE, 2011).

Također, kako ističe Gabbard (2014), lijekovi sami po sebi ne dovode do dubljih psiholoških promjena niti do strukturnih transformacija ličnosti i relacijskih obrazaca, te promjene su rezultat psihoterapijskog rada.

Također, iako je uvođenje farmakoterapije često neophodan preduslov za uključivanje u psihoterapiju i za funkcionalni oporavak osobe, potrebno je istaći i potencijalne neželjene nuspojave primjene lijekova. Longitudinalno praćenje pacijenta i cijelog procesa predstavlja neophodan element unutar prakse, a jedan od razloga leži u činjenici da terapijski efekti ovih lijekova nisu statični, već se mijenjaju tokom vremena, kako u pogledu kliničkog poboljšanja, tako i u smislu potencijalnih nuspojava. Dugotrajna primjena može dovesti do postepenih promjena koje nisu uvijek odmah prepoznatljive, uključujući emocionalno otupljenje, seksualnu disfunkciju i kognitivne promjene, zbog čega je kontinuirana evaluacija ključna za razliku između simptoma osnovnog poremećaja i efekata terapije.

Primjena SSRI lijekova pokazuje dokazanu efikasnost u smanjenju simptoma anksioznosti i depresije, posebno kroz promjene u obradi emocionalnih informacija i redukciju negativne kognitivne pristrasnosti (Harmer et al., 2009). Međutim, savremena istraživanja ukazuju i na moguće neželjene efekte. Jedan od najčešće opisanih fenomena jeste emocionalno otupljenje (emotional blunting), koje se manifestuje smanjenjem intenziteta emocionalnog doživljaja i reaktivnosti (Goodwin et al., 2017).

U domenu seksualnog funkcionisanja, istraživanja pokazuju značajnu prevalenciju seksualne disfunkcije kod pacijenata na SSRI terapiji, koja se kreće između 30% i 70% (Clayton et al., 2002).

Kada je riječ o kognitivnim funkcijama, nalazi su heterogeni. Neka istraživanja ukazuju na moguće smanjenje pažnje i kognitivne fleksibilnosti, posebno kod starijih pacijenata (Lenze et al., 2012), dok druga pokazuju poboljšanje kognitivnih funkcija uslijed smanjenja simptoma osnovnog poremećaja (Harmer et al., 2009). Ovi rezultati sugeriraju da kognitivni efekti nisu isključivo farmakološki indukovani, već predstavljaju interakciju između terapije i osnovne psihopatologije.

Iako SSRI lijekovi imaju jasno dokazanu kliničku efikasnost, savremeni pristupi naglašavaju važnost longitudinalnog praćenja pacijenata, kako bi se pravovremeno uočile moguće nuspojave i terapija prilagodila individualnim potrebama, uz optimalan balans između koristi i rizika.

## 2. Okupaciona terapija

### 2.1. Pojmovno određenje okupacione terapije

Commented [TM3]: Napravite razmak između 2. i 2.1.

Prvu definiciju okupacione terapije dao je H. A. Pattison 1922. godine, ističući da se ona zasniva na primjeni fizičkih i psihičkih aktivnosti u terapijske svrhe s ciljem unapređenja i ubrzanja oporavka pacijenta odnosno klijenta. Prema njegovom shvatanju, okupacija obuhvata i tjelesnu i mentalnu dimenziju, a liječenje kroz aktivnosti treba razumijevati kao strukturiranu medicinsku intervenciju koja je planski propisana, profesionalno vođena i usmjerena ka oporavku od bolesti. (Kovač i Šimunović, 2020, str. 15)

Godinu dana kasnije, Herbert J. Hall 1923. godine redefinirao je koncept okupacione terapije, dodatno ističući važnost medicinskog nadzora i psihološkog aspekta oporavka. Prema Hallu, aktivnosti nisu namijenjene stjecanju zanatskih ili profesionalnih vještina, nego razvoju psihičkih i fizičkih sposobnosti, posebno u situacijama kada pacijent nema motivaciju i samopouzdanje. (Bartolec, 2016)

Svjetska udruga okupacionih terapeuta u maju 1982. godine daje sljedeću definiciju: „Okupaciona terapija obuhvaća postupke u liječenju fizičkih i psihičkih stanja specifičnim aktivnostima sa svrhom dosezanja njihove najviše razine, funkcije i samostalnosti u svim aspektima samostalnog života“. Dok je ova definicija 1994. godine revidirana u definiciju „Okupaciona terapija je upotreba svrsishodnih aktivnosti ili intervencija u cilju promicanja zdravlja i postizanja funkcionalnih ishoda. Cilj okupacione terapije je prevenirati onesposobljene i udovoljiti osobnim potrebama pojedinca postizanjem maksimalne funkcije i samostalnosti“. (World Federation of Occupational Therapists, 2025)

“Pojam okupaciona terapija (engl. occupational therapy) se može analizirati kroz riječi radnja (occupation), što bi značilo da je osoba zaposlena ili angažirana, raditi (to occupy) u smislu zaposliti, angažirati, potaknuti (osobu, misli, pažnju) i ispuniti mjesto ili vrijeme, i terapija (therapy) kao tretman neke bolesti ili nekog poremećaja kroz okupiranje osobe, misli, pozornosti u nekom prostoru i u nekom vremenskom razdoblju” (Mahmutagić, 2006)

## **2.2. Područja djelovanja okupacionog terepeuta u radu s osobama koje boluju od anksioznog poremećaja**

Okupacioni terapeut ima širok spektar aktivnosti kroz koje može doprinijeti fizičkom i mentalnom zdravlju klijenta te njegovom funkcionalnom uključivanju u svakodnevni život. Kod osoba koje boluju od anksioznih poremećaja, cilj terapije je osnaživanje, smanjenje simptoma anksioznosti i unapređenje samostalnosti i socijalnog funkcionisanja (Aranitović, 2008).

Sve aktivnosti i tehnike okupacione terapije mogu se svrstati u šest glavnih kategorija: sedativne, stimulativne, slobodne, inventivne, dirigovane i mehaničke. Anksiozni pacijenti često pokazuju strah od započinjanja aktivnosti, sumnju u vlastite sposobnosti, smanjen interes, pad koncentracije i pažnje, smanjenu energiju i inicijativu, bijeg u nemoć ili postavljanje previsokih ciljeva da bi prikriili osjećaj inferiornosti.

U ranoj fazi tretmana, zbog smanjenog samopouzdanja, pacijentu se preporučuje samostalni rad na aktivnostima koje su mu već poznate, kratkotrajne i sa odmah vidljivim efektom. Takve aktivnosti spadaju u sedativne tehnike koje opuštaju, relaksiraju i pomažu u prevazilaženju stresa. Primjeri uključuju slikanje na hartiji, platnu ili drvetu, rad temperama, vodenim ili uljanim bojama, vez i tapiserije.

Kako pacijent razvija veće samopouzdanje i uvid u svoje stanje, preporučuje se uvođenje dirigovanih tehnika, koje ga usmjeravaju na komunikaciju i grupni rad, te inventivnih tehnika, koje zahtijevaju donošenje odluka, preuzimanje inicijative i odgovornosti. Ovim pristupom pacijent postupno povećava angažman i samostalnost u aktivnostima (Aranitović, 2008).

Pravilnom primjenom okupacionih tehnika postižu se sljedeći rezultati:

- Buđenje, usmjeravanje i zadržavanje pažnje
- Poboljšanje raspoloženja
- Povećanje voljne aktivnosti
- Poboljšanje psihomotorne aktivnosti
- Postizanje relaksacije
- Kontrola negativnih impulsa i emocionalnih stanja
- Održavanje ili poboljšanje radne sposobnosti (Aranitović, 2008).

Radna terapija sve se više prilagođava potrebama, željama i mogućnostima pojedinca, a naglašava se i potreba za saradnjom s drugim profesionalcima u multidisciplinarnom timu (Šimunović, 2009).

Vidimo da u tretmanu osoba s anksioznim poremećajima, okupacioni terapeut doprinosi funkcionalnom uključivanju klijenta kroz strukturirane aktivnosti koje poboljšavaju pažnju, raspoloženje i samopouzdanje. Psihoterapeut radi na prepoznavanju i modificiranju disfunkcionalnih misli i obrazaca ponašanja, posebno kroz kognitivno-bihevioralnu terapiju, dok psihijatar dijagnostikuje poremećaj i, po potrebi, uvodi farmakoterapiju koja stabilizuje simptome i omogućava efikasniji psihoterapijski i funkcionalni rad (Aranitović, 2008; Hofmann et al., 2012; Bandelow et al., 2017). Dakle, u okviru ovakvog interdisciplinarnog pristupa, okupaciona terapija se posebno izdvaja kao “most“ između kliničkog terapijskog procesa i svakodnevnog života, jer omogućava translaciju terapijskih uvida u konkretno funkcionisanje, čime se dodatno osnažuje primjena psihoterapijskih strategija i stabilizovanog emocionalnog stanja u realnim životnim situacijama

### 2.3. Efikasnost okupacione terapije kod anksioznih poremećaja

U ovom poglavlju rezultati istraživanja fokusiraju se na analizu šest odabranih naučnih radova koji se bave efikasnošću okupacione terapije u tretmanu anksioznih poremećaja, a to su radovi autora: Tzvetanova (2023), Moraiti et al. (2024), Lovegrove et al. (2023), Wagman et al. (2019), Beinrauch, Šuker i Kain (2022) i Zlopaša (2018).

Istraživanja ukazuju na značajan potencijal okupacione terapije u tretmanu anksioznih poremećaja, posebno u kontekstu poboljšanja svakodnevnog funkcionisanja, kvaliteta života i emocionalne stabilnosti korisnika, uz određena metodološka ograničenja.

Empirijsko istraživanje **Tzvetanova (2023)** posebno se izdvaja jer pruža konkretne kvantitativne podatke o efikasnosti terapije, pokazujući smanjenje anksioznosti za gotovo 50% nakon primjene strukturiranih aktivnosti, što bi značilo gotovo prepolovljavanje učestalosti izraženih simptoma anksioznosti (sa 93,2% na 47,7%). Ovaj rad naglašava važnost angažmana korisnika u strukturiranim i smisleno organizovanim aktivnostima svakodnevnog života, koje imaju jasan terapijski cilj i doprinose smanjenju anksioznosti kroz aktivaciju, usmjeravanje pažnje i povećanje socijalne uključenosti, ali ostaje ograničen malim uzorkom i nedostatkom preciznog opisa primijenjenih tehnika.

**Commented [TM4]:** Ovde, i u sledećim pasusima ste namerno boldovali i stavili italic? Za druga pozivanja na izvore niste, pa bi trebalo da bude dosledno u radu.

S druge strane, rad *Moraiti et al. (2024)* nudi širu perspektivu kroz pregled 50 istraživanja, ističući da okupaciona terapija djeluje kroz kombinaciju kognitivno-bihevioralnih tehnika, psihoedukacije, relaksacije i umjetničkih aktivnosti. Njihovi rezultati pokazuju da okupaciona terapija ne djeluje isključivo na simptome anksioznosti, već i na subjektivni osjećaj kontrole, samopouzdanja i socijalne uključenosti. Vrijednost rada leži u sistematizaciji različitih terapijskih pristupa i potvrdi njihovog pozitivnog utjecaja na kvalitet života, ali ograničenje predstavlja oslanjanje na sekundarne izvore bez detaljne analize pojedinačnih efekata.

Rad *Lovegrove et al. (2023)* ima prvenstveno teorijsko-metodološki karakter i značajan je zbog pokušaja da strukturira postojeće intervencije okupacione terapije kroz sveobuhvatan pregled literature i baza podataka. Iako ne donosi empirijske rezultate, njegova vrijednost je u postavljanju temelja za buduća istraživanja i standardizaciju pristupa, dok je glavni nedostatak izostanak praktične provjere predložene metodologije.

*Wagman et al. (2019)* pristupaju temi iz perspektive okupacionog balansa, naglašavajući povezanost između nižih nivoa anksioznosti i depresije te većeg zadovoljstva životom i svakodnevnim aktivnostima. Njihovi rezultati sugeršu da sama uključenost u aktivnosti nije dovoljna, već je ključan subjektivni doživljaj smisla i zadovoljstva tim aktivnostima.

Ovaj rad je značajan jer uvodi koncept balansa aktivnosti kao važnog faktora mentalnog zdravlja, ali zbog presječnog dizajna ne omogućava donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim odnosima.

Klinički orijentisan rad *Beinrauch, Šuker i Kain (2022)* pruža uvid u konkretnu primjenu okupacione terapije u institucionalnom kontekstu, naglašavajući individualizirani pristup, kreativne i funkcionalne aktivnosti, kao i primjenu senzorne integracije. Ovi nalazi su posebno značajni za klijente kod kojih je anksioznost povezana sa senzornom preosjetljivošću ili disfunkcionalnom obradom podražaja. Njegova snaga je u praktičnoj primjenjivosti i precizno definisanim terapijskim ciljevima, dok je ograničen nedostatkom kvantitativnih pokazatelja i dugoročnog praćenja efekata.

Konačno, rad *Zlopaša (2018)* naglašava značaj integracije rekreativnih i umjetničkih terapija, uključujući glazboterapiju, u okupacionu praksu, ističući njihov pozitivan utjecaj na smanjenje stresa, razvoj socijalnih vještina i poboljšanje kvaliteta života. Iako pruža vrijedan teorijski doprinos i promovise holistički pristup, njegov glavni nedostatak je izostanak empirijskih dokaza koji bi potvrdili navedene tvrdnje.

U cjelini posmatrano, analizirani radovi ukazuju da okupaciona terapija djeluje kroz različite mehanizme: angažman u aktivnostima, razvoj funkcionalnih vještina, strukturiranje svakodnevice i jačanje socijalne uključenosti, što rezultira smanjenjem anksioznosti i poboljšanjem kvaliteta života. Ipak, uočena ograničenja, poput malih uzoraka, nedostatka standardizacije intervencija i manjka longitudinalnih istraživanja, naglašavaju potrebu za daljim empirijskim proučavanjem kako bi se preciznije definisali efekti i optimalni terapijski pristupi.

Od ovih šest radova jedino Beinrauch, Šuker i Kain (2022) i Zlopaša (2018) eksplicitno spominju da se okupacione terapije odvijaju u okviru multidisciplinarnog tima, unutar kojeg su uključeni psihijatri, psiholozi i socijalni radnici. Međutim, iako spominju ovaj timski okvir, njihovi radovi se ne fokusiraju na analizu konkretnih ciljeva, ishoda ili efekata intervencija u multidisciplinarnom kontekstu. Ostali pregledani radovi usmeravaju se uglavnom na individualne efekte okupacione terapije i ne preciziraju da li su intervencije sprovedene samostalno ili u timskom radu, dok će u daljim dijelovima ovog master rada posebno biti razmatrani multidisciplinarni kontekst i ishodi timskog rada.

## **2.4. Procjena funkcionalnog stanja u okupacionoj terapiji**

U radu s osobama koje imaju anksiozne poremećaje, procjena funkcionalnog stanja predstavlja ključni korak u razumijevanju načina na koji simptomi utiču na svakodnevno funkcionisanje, obrasce ponašanja i kvalitet života. Okupaciona terapija koristi različite vrste procjena koje obuhvataju subjektivni doživljaj klijenta, njegove navike, interese, socijalne vještine i stvarne funkcionalne sposobnosti.

### **2.4.1. Subjektivne procjene uključuju**

**Okupacijski upitnik** - klijent bilježi svoje uobičajene dnevne aktivnosti, što omogućava identifikaciju disbalansa između obaveza, odmora i slobodnog vremena, te aktivnosti koje izazivaju stres ili se izbjegavaju.

**Okupacijska samoprocjena** - fokusira se na subjektivnu perspektivu klijenta, odnosno na aktivnosti koje želi ili ne želi raditi i koje smatra važnim, čime se omogućava usklađivanje terapijskog procesa s vrijednostima i motivacijom klijenta (Law et al., 2014).

**Procjena socijalnih vještina i lista problema u socijalnim situacijama** - pruža uvid u kvalitet interpersonalne komunikacije i identifikaciju konkretnih situacija koje klijent doživljava kao prezahtjevne ili prijeteće, što je posebno važno kod socijalne anksioznosti.

Standardizirane procjene omogućavaju objektivno mjerenje funkcionalnih sposobnosti i ograničenja klijenta, te pružaju pouzdane podatke koji podržavaju planiranje terapijskih ciljeva i evaluaciju ishoda terapije u okupacionoj terapiji. (Semple & Boyle, 2015).

U ovom poglavlju fokus je stavljen na instrumente i metode procjene funkcionalnog i emocionalnog stanja klijenata koji su korišteni u studijama slučaja. Poseban naglasak stavljen je na prilagođavanje procjene specifičnom tipu anksioznosti i praćenje efekata multidisciplinarnog pristupa u terapiji. Iako neki instrumenti potiču iz psihometrije i psihoterapije, njihova primjena u okviru okupacione terapije je opravdana zbog njihovog doprinosa razumijevanju emocionalnog statusa klijenta i utjecaja istog na svakodnevno funkcionisanje, samostalnost i socijalnu participaciju. Dakle, to je naročito važno u multidisciplinarnim kontekstima gdje različiti stručnjaci mogu koristiti iste rezultate procjene za koordinaciju intervencija.

#### **2.4.2. Objektivni i standardizirani instrumenti**

Objektivni i standardizirani instrumenti koji su korišteni u ovom radu doprinose kvantitativnoj procjeni funkcionalnog i emocionalnog stanja klijenta, te praćenju napretka tokom terapijskog procesa. To su:

- **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**

COPM je standardizirani alat koji omogućava procjenu percepcije klijenta o vlastitom funkcionisanju i zadovoljstvu u svakodnevnim aktivnostima. Alat obuhvata dimenzije performansa i zadovoljstva, te se koristi za identifikaciju problema u aktivnostima svakodnevnog života, akademskim ili profesionalnim zadacima, i za praćenje napretka kroz vrijeme (Law et al., 2014). COPM se široko primjenjuje u kliničkoj praksi i u studijama slučaja, uključujući praćenje napretka funkcionalnog angažmana i zadovoljstva klijenata u različitim životnim domenama.

- **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**

STAI omogućava procjenu anksioznosti kao stanja (State Anxiety) i kao karakterističnog svojstva ličnosti (Trait Anxiety). Koristi se za identifikaciju početnog nivoa anksioznosti klijenta, praćenje promjena tokom terapije i evaluaciju efektivnosti intervencija koje ciljaju smanjenje anksioznih simptoma (Spielberger, 1983).

- **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

BAI je samoprocjenjiva skala koja mjeri intenzitet fizičkih i kognitivnih simptoma anksioznosti. Omogućava kvantitativno praćenje promjena tokom terapijskih intervencija i služi kao dodatni instrument u multidisciplinarnoj procjeni anksioznih poremećaja (Beck et al., 1988).

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

HADS je instrument dizajniran za brzo ocjenjivanje simptoma anksioznosti i depresije u kliničkim populacijama. Omogućava procjenu emocionalnog stanja klijenta i identifikaciju potencijalnih problema koji mogu uticati na svakodnevno funkcionisanje i uključivanje u terapijske aktivnosti (Zigmond & Snaith, 1983).

- **Global Assessment Scale (GAS)**

GAS omogućava sveobuhvatnu procjenu funkcionalnog nivoa klijenta u različitim domenama života. Skala pruža kvantitativnu osnovu za praćenje napretka i evaluaciju općeg funkcionalnog statusa klijenta tokom terapije (Endicott et al., 1976).

- **Social Phobia Inventory (SPIN)**

SPIN se koristi za procjenu socijalne anksioznosti, identifikaciju socijalno-fobičnih simptoma i kvantitativno praćenje promjena tokom intervencija koje uključuju socijalnu funkcionalnost (Connor et al., 2000).

- **Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)**

RSES omogućava procjenu samopoštovanja i subjektivne percepcije lične vrijednosti, što je važno u kontekstu terapija koje ciljaju povećanje samopouzdanja i socijalnog funkcionisanja (Rosenberg, 1965).

- **Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R)**

Omogućavaju identifikaciju obrasca vezivanja, kao što je anksiozno-okupirajući stil, koji može uticati na emocionalno i socijalno funkcionisanje klijenta u svakodnevnim aktivnostima i terapijskim zadacima (Mikulincer & Shaver, 2007).

Kao dodatak, važno je istaći značaj članka Petrucci (2022), „*Occupational therapy assessments: Practical applications in diverse clinical populations*“ u kojem autorica naglašava da se instrumenti poput ACLS - Test kognitivnog nivoa po Allenu , KELS (Test kognitivnog nivoa po Allenu), Barthel Index (Barthel Indeks) i Modified Interest Checklist (Modifikovani upitnik interesa) mogu primjenjivati u okviru različitih intervencija okupacione terapije, za različite poremećaje i populacije. Petrucci dijeli svoja iskustva iz prakse, pokazujući da ovi alati omogućavaju sveobuhvatnu procjenu funkcionalnog stanja klijenata. Oni mogu biti korisni i kod osoba s anksioznošću, čime se dodatno podržava njihova praktična relevantnost i fleksibilnost u terapijskom radu. Dakle, po uzoru na praksu opisanu Petrucci, odabir instrumenata je prilagođen klijentovim funkcionalnim potrebama i ciljevima terapije. To znači:

**ACLS (Allen Cognitive Level Screen)** se može koristiti za procjenu kognitivnih sposobnosti i određivanje razine pomoći potrebne za angažman u kompleksnijim aktivnostima.

**KELS (Kohlman Evaluation of Living Skills) i Barthel Index** pomažu u procjeni sposobnosti obavljanja svakodnevnih funkcija, posebno onih koje mogu biti narušene uslijed anksioznih simptoma.

**Modified Interest Checklist** pruža informacije o interesima i motivaciji klijenta, što je važno za planiranje značajski relevantnih terapijskih zadataka.

Iako ove procjene funkcionalnosti nisu sprovedene u ovom radu, one mogu biti korisne čitaocima i budućim praktičarima u procjeni funkcionalnosti osoba sa anksioznim poremećajem u okviru okupacione terapije. Na primjer, ACLS (Allen Cognitive Level Screen) omogućuje procjenu kako anksioznost utiče na kognitivne funkcije poput pažnje, koncentracije i planiranja, te određuje koliko pomoći je potrebno za sigurno izvođenje složenijih aktivnosti. KELS (Kohlman Evaluation of Living Skills) i Barthel Index pomažu u utvrđivanju koje svakodnevne aktivnosti osoba može obavljati samostalno, a koje su narušene zbog izbjegavanja, straha ili smanjene samostalnosti izazvane anksioznim simptomima. Modified Interest Checklist pruža uvid u interese i motivaciju klijenta, što omogućuje planiranje značajski relevantnih i motivirajućih terapijskih zadataka. Korištenjem ovih alata, terapeut

može prilagoditi terapijski plan prema stvarnim funkcionalnim sposobnostima i potrebama osobe s anksioznošću.

### 3. Multidisciplinarni pristup u tretmanu anksioznih poremećaja

U kontekstu multidisciplinarnog pristupa, tretman se zasniva na koordiniranom djelovanju različitih stručnjaka i integraciji različitih terapijskih intervencija. National Institute for Health and Care Excellence (2011) naglašava značaj multidisciplinarnog timskog rada, koordinacije tretmana i aktivnog uključivanja klijenta kroz principe saradničkog donošenja odluka. S druge strane, American Psychiatric Association (2020) ističe važnost integracije farmakoloških i psihoterapijskih intervencija, kao i potrebu za individualizacijom tretmana u skladu sa specifičnim potrebama klijenta.

Iako je literatura o multidisciplinarnim pristupima koji uključuju okupacionu terapiju za anksiozne poremećaje ograničena, dostupni istraživački protokoli ukazuju na rastući interes za njenu primjenu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. (ISRCTN13450802, 2016) Registrovana pilot-studija u Irskoj (*Redesigning Daily Occupations for Women with Anxiety and Stress in Primary Care*) navodi da su anksioznost i stres česti, posebno kod žena, te značajno narušavaju sposobnost učestvovanja u svakodnevnim aktivnostima poput posla, hobija i brige o porodici. U okviru studije se ističe da su okupacioni terapeuti „osnovni članovi tima primarne zdravstvene zaštite“ i da njihova uloga obuhvata podršku participaciji u svakodnevnim aktivnostima unutar multidisciplinarnog pristupa, pri čemu se naglašava da „nije poznato hoće li ovaj program dati slične pozitivne rezultate u irskom kontekstu.“ Prethodna švedska istraživanja RDO programa pokazuju da su žene sa stres-povezanim poremećajima koje su učestvovala u programu, implementiranom unutar multidisciplinarnog tima, postigle veći povratak na posao, smanjile bolovanje i povećale samopoštovanje u odnosu na grupu koja je dobila standardnu skrb, što sugerira potencijalnu vrijednost ove intervencije za integraciju u primarnu zdravstvenu zaštitu. (Eklund & Erlandsson, 2011).

Prema CADTH Health Technology Review izvještaju (Jafari & Grobelna, 2023), OT praktičari djeluju unutar multidisciplinarnih timova i mogu doprinijeti smanjenju simptoma anksioznosti i depresije uz poboljšanje funkcije i sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima.

U tretmanu anksioznih poremećaja, multidisciplinarni tim uključuje različite profesionalce, a svaka uloga je jasno definisana. Prema izvještaju CADTH (2023), okupacioni terapeuti su

integralni članovi tima, s obrazovanjem i kompetencijama da pruže intervencije koje poboljšavaju funkcionalno učestvovanje pacijenata i omogućavaju im aktivno uključivanje u svakodnevne aktivnosti. American Occupational Therapy Association (AOTA, 2017) dodatno naglašava da OT može preuzeti specifične profesionalne uloge unutar tima, uključujući koordinaciju slučajeva, facilitaciju grupa, savjetovanje u zajednici, razvoj programa i zagovaranje prava klijenata, čime se poboljšava participacija i kvalitet života pacijenata. Hely i Pearce (2025) u kontekstu primarne zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja ističu da OT provodi procjene aktivnosti, trening životnih vještina i strategija samoregulacije te individualne i grupne intervencije, s fokusom na poboljšanje svakodnevnog funkcionisanja osoba s anksioznim i drugim mentalnim poremećajima. Ovakva jasna podjela i komplementarnost uloga omogućava timu koordinirani rad, pri čemu svaki član doprinosi specifičnom aspektu tretmana i podrške pacijentu.

### **3.1 Integrativni multidisciplinarni strukturalni pristup – ICP framework**

U okviru multidisciplinarnog rada u mentalnom zdravlju primjenjuju se različiti strukturalni modeli, poput Collaborative Care Modela (CoCM), timski baziranog pristupa (Team-Based Care) i Case Management modela, koji su usmjereni na koordinaciju usluga i organizaciju rada između stručnjaka. Njihova integracija je, međutim, često hijerarhijska ili parcijalna, pri čemu jedan stručnjak preuzima centralnu ili nadzornu ulogu, dok ostali djeluju relativno autonomno, bez potpune integracije ciljeva u jedinstveni plan. Nasuprot tome, *Interprofessional Collaborative Practice (ICP)* okvir, kako ga definira Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2010), podrazumijeva rad više stručnjaka različitih profesionalnih profila zajedno s pacijentom s ciljem pružanja kvalitetne i integrirane zdravstvene zaštite. ICP karakteriše horizontalna struktura u kojoj svi članovi tima, uključujući psihijatra, psihoterapeuta i okupacionog terapeuta, aktivno učestvuju u definisanju individualnih ciljeva koji se zatim integrišu u zajednički timski plan. Ovakav pristup omogućava zajednistukturalničko donošenje odluka, kontinuiranu koordinaciju intervencija i aktivno uključivanje pacijenta kao partnera u procesu liječenja.

Iako ICP okvir ne podrazumijeva doslovno preklapanje intervencija, u praksi se preklapanje tehnika psihoterapeuta i okupacionog terapeuta tretira kao komplementarno, što pokazuje kvalitetnu koordinaciju. Psihoterapeut i okupacioni terapeut ne rade iste aktivnosti na isti način: psihoterapeut primjenjuje kognitivno-bihevioralne tehnike kroz verbalni rad i refleksiju, dok

okupacioni terapeut iste strategije implementira kroz praktične aktivnosti i svakodnevne situacije (Hofmann et al., 2012; Brown & Stoffel, 2011). Takvo preklapanje ne predstavlja dupliranje, već omogućava razvoj vještina na kognitivnom nivou i njihovu primjenu u realnom životu pacijenta, što je u skladu s ICP principom smanjenja dupliranja i fragmentacije intervencija: „Cilj je osigurati da skrb bude sveobuhvatna, koordinirana i kontinuirana, smanjujući dupliranje i fragmentaciju” (World Health Organization, 2010, str. 14). Na ovaj način ICP okvir omogućava koordiniranu i integriranu primjenu različitih profesionalnih doprinosa, što vodi ka efikasnijem i funkcionalno primjenjivom liječenju složenih slučajeva mentalnog zdravlja.

ICP se smatra i planom jer djeluje kao praktični alat u multidisciplinarnom tretmanu koji definiše ciljeve, uloge stručnjaka, intervencije i evaluaciju ishoda za konkretnog klijenta.

### **3.2 Teorijski modeli multidisciplinarnog tretmana u okupacionoj terapiji**

Planovi daju operativnu realizaciju tretmana, a modeli konceptualnu osnovu, a pa tako npr. Biopsihosocijalni model (BPS), kao teorijski okvir, objašnjava kako biološki, psihološki i socijalni faktori utiču na zdravlje i omogućava multidimenzionalno razumijevanje pacijenta.

#### **3.2.1 Biopsihosocijalni model (BPS)**

**Biopsihosocijalni model (BPS)** predstavlja teorijski okvir koji objašnjava kako biološki, psihološki i socijalni faktori utiču na zdravlje i funkcionisanje pojedinca. Umjesto da se fokusira isključivo na simptome bolesti, ovaj model omogućava multidimenzionalno sagledavanje klijenta i integraciju različitih aspekata funkcionisanja (Engel, 1977; Wade & Halligan, 2017).

**A-BPSM (Adapted Biopsychosocial Model) - Adaptirani BPS model** omogućava širi multidisciplinarni pristup kroz integraciju bioloških, psiholoških i socijalnih elemenata te koordinaciju između različitih stručnjaka (Wade & Halligan, 2017). Posebno je koristan u složenim slučajevima gdje se procjene i intervencije provode timski, gdje se faktori prilagođavaju specifičnom kontekstu, ciljevima terapije i multidisciplinarnom planu intervencija.

### 3.2.2 Ostali modeli: CMOP-E, MOHO i PEO

#### 3.2.2.1 CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) - Kanadski model okupacione performanse i angažmana

**Commented [TM5]:** Ne treba vam za nabranje naziva modela podnaslovi, samo boldirajte.

CMOP-E model se fokusira na međusobnu povezanost tri ključna elementa:

*Osoba* - fizičke, kognitivne i emocionalne sposobnosti, uključujući i duhovnu dimenziju (Townsend & Polatajko, 2007)

*Okolina* - fizička, socijalna i kulturna komponenta (Townsend & Polatajko, 2007)

*Aktivnosti / okupacije* - svakodnevne radnje poput brige o sebi, produktivnosti i slobodnog vremena (Townsend & Polatajko, 2007)

Ovaj model omogućava procjenu performansi i zadovoljstva klijenta u aktivnostima koje su mu važne.

#### 3.2.2.2 Model of Human Occupation (MOHO) - Model ljudske okupacije

MOHO model posmatra unutrašnju organizaciju osobe kroz nekoliko ključnih komponenti:

*Volicija* - motivacija, vrijednosti i interesi

*Habitucija* - navike, uloge i rutine

*Izvedbene sposobnosti* - fizičke i mentalne sposobnosti za obavljanje aktivnosti

*Okolina* - uticaj konteksta na ponašanje (Kielhofner et al., 1980)

MOHO omogućava razumijevanje zašto osoba radi ono što radi i kako se njeno ponašanje strukturira kroz vrijeme i situacije.

#### 3.2.2.3 Person–Environment–Occupation (PEO) model - Osoba–Okolina–Aktivnost model

PEO model fokusira se na interakciju između osobe, okoline i aktivnosti, naglašavajući da bolji „fit” između tri komponente rezultira boljom funkcionalnošću i angažmanom, dok loš „fit” može otežati funkcionisanje i participaciju (Law et al., 1996).

### **3.3 Primjena modela u studijama slučaja**

*Adaptirani biopsihosocijalni model (A-BPSM)* pruža širi multidisciplinarni okvir koji omogućava integraciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, kao i koordinaciju između različitih stručnjaka. U ovom radu, model je primarno primjenjivan kroz studije slučaja radi sistematskog praćenja funkcionalnog stanja klijenata i planiranja intervencija, dok su CMOP-E, MOHO i PEO modeli korišteni selektivno, kao praktični alati za detaljnu analizu funkcionalnog stanja klijenata, planiranje individualiziranih intervencija i praćenje angažmana u svakodnevnim aktivnostima.

*Kroz tri studije slučaja, teorijski okviri okupacione terapije* jasno se očituju u funkcionalnom tretmanu anksioznosti. U Studiji 1 (klijentica M.Z.) najvidljiviji je adaptirani biopsihosocijalni model, kroz aktivnosti prilagođene svakodnevnom životu, dok MOHO i PEO naglašavaju motivaciju, volju i interakciju osobe, aktivnosti i okoline, a CMOP-E omogućava centrirani pristup klijentu kroz praćenje performansi i zadovoljstva (COPM). U Studiji 2 (klijentica T.) dominiraju MOHO i PEO, s naglaskom na jačanje kompetencija i prilagodbu aktivnosti u kućnom i socijalnom kontekstu, uz elemente adaptiranog BPS modela. U Studiji 3 (klijent K.) integracija adaptiranog BPS, CMOP-E, PEO i MOHO omogućava postepeno uključivanje u socijalne i akademske aktivnosti, optimizaciju odnosa osobe, aktivnosti i okoline, te jačanje kompetencije, samopouzdanja i samoprihvatanja. Sve tri studije pokazuju da kombinacija teorijskih okvira omogućava holistički pristup funkcionalnom oporavku i socijalnoj uključenosti klijenata.

## **4. Metodološki okvir empirijskog istraživanja**

### **4.1 Vrsta i dizajn istraživanja**

U ovom istraživanju primijenjen je kvalitativni studijski pristup kroz tri analize studija slučaja, što je omogućilo dubinsko sagledavanje iskustava klijenata s različitim oblicima anksioznih poremećaja, uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, separacijsku anksioznost i socijalni anksiozni poremećaj.

Analiza je provedena u okviru multidisciplinarnog tima koji je uključivao psihoterapeuta i okupacionog terapeuta, dok je u jednom slučaju bio uključen i psihijatar. Studije slučaja kao metodološki pristup ne zahtijevaju veliki uzorak, već omogućavaju detaljno i kontekstualno razumijevanje fenomena, u ovom slučaju funkcionalnosti okupacione terapije u sinhronizaciji s psihoterapijom, te po potrebi i farmakoterapijom. Poseban fokus istraživanja bio je na ispitivanju načina usklađivanja intervencija između stručnjaka, strukture te saradnje, kao i identifikaciji modela koji doprinose najefikasnijim ishodima i dobrobiti klijenata.

Studija slučaja je korišćena kao metoda za dubinsko sagledavanje iskustava klijenata unutar multidisciplinarnog tima, što omogućava detaljnu analizu funkcionalnosti i koordinacije tretmana (Stake, 1995; Yin, 2018). Prema Stake-u (1995), studija slučaja se fokusira na jedinstven fenomen u njegovom prirodnom kontekstu i omogućava dubinsko razumijevanje interakcija i procesa, dok Yin (2018) dodaje da ovaj dizajn zahtijeva jasno definirane kriterije uključivanja, višestruke izvore podataka i sistematičnu analizu radi povećanja vjerodostojnosti i pouzdanosti nalaza. Stoga, nalazi ovih studija slučaja imaju eksplorativni karakter i, s obzirom na mali broj slučajeva, ne mogu se generalizirati na širu populaciju bez dodatnih istraživanja

#### **4.2 Učesnici i kriteriji uključivanja**

U istraživanju su uključeni klijenti s anksioznim poremećajima koji su bili pod multidisciplinarnim tretmanom. Kriteriji uključivanja obuhvatali su starost od 18 do 45 godina, dijagnosticirani anksiozni poremećaj prema DSM-5 kriterijima, volju za sudjelovanjem u tretmanu i terapijskim intervencijama te dostupnost podataka iz terapijskih sesija i procjena funkcionalnosti. Prema Stake-u (1995), jasno definirani kriteriji omogućavaju odabir slučajeva koji su relevantni za fenomen koji se istražuje, pri čemu fokus ostaje na dubinskom i kontekstualnom razumijevanju pojedinačnih slučajeva, a ne na veličini uzorka. Yin (2018) naglašava da kriteriji uključivanja moraju omogućiti pristup višestrukim izvorima podataka i osigurati koherentnost i repliciranje analize, čime se povećava validnost i pouzdanost studije. Ovaj pristup omogućava detaljno sagledavanje funkcionalnosti i koordinacije tretmana unutar multidisciplinarnog tima, uključujući psihoterapiju, okupacionu terapiju i, po potrebi, farmakoterapiju

### 4.3 Intervencijski plan

Intervencijski plan u ovom istraživanju temeljen je na ICP (Integrativni klinički plan) i osmišljen je kao koordinirana, multidisciplinarna struktura tretmana za klijente s anksioznim poremećajima. Plan uključuje sljedeće komponente:

- Definiranje individualnih ciljeva s pacijentom, uz uzimanje u obzir njegovih specifičnih potreba i funkcionalnih izazova.
- Koordinacija intervencija između psihoterapeuta i okupacionog terapeuta, kako bi se osigurala komplementarnost tretmana i sinhronizacija terapijskih strategija.
- Primjena adaptiranog A-BPSM za sistematsku evaluaciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji utiču na funkcionisanje klijenata.
- Primjena praktične aktivnosti (drudih modela) uključujući self-care zadatke, akademske i profesionalne obaveze, kao i socijalnu interakciju, s ciljem povećanja angažmana i samostalnosti klijenta.
- Praćenje napretka i prilagođavanje planova na osnovu funkcionalnih rezultata, kako bi se optimizirali ishodi tretmana.

Ovakav pristup podržava ICP principe integrirane skrbi, smanjenje dupliciranja i fragmentacije intervencija, te povećava efikasnost i funkcionalnu primjenjivost terapije u stvarnom životu klijenata.

### 4.4. Prikupljanje i analiza podataka

Podaci u ovom istraživanju prikupljeni su kroz kombinaciju nekoliko izvora unutar multidisciplinarnog tretmana: dnevničke zapise terapijskih sesija, bilješke stručnog tima i standardizirane procjene funkcionalnosti (npr. Canadian Occupational Performance Measure – COPM). Ovaj pristup omogućio je praćenje individualnih iskustava klijenata i koordinacije intervencija unutar tima koji je uključivao psihoterapeuta, okupacionog terapeuta, a u jednom slučaju i psihijatra.

Analiza podataka provedena je tematski i deskriptivno, s fokusom na:

- identifikaciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji utiču na funkcionisanje klijenata,
- evaluaciju „fit-a” osoba–okolina–aktivnost,

- praćenje promjena u funkcionalnom angažmanu i samostalnosti kroz vrijeme,

Za potrebe ovog master rada, podaci su predstavljeni u sažetom obliku, sažimajući ključne nalaze i promjene u funkcionalnosti, bez otkrivanja identiteta učesnika. Detaljni dnevnici i bilješke korišćeni su isključivo kao izvor za analitičko sagledavanje procesa i rezultata, što omogućava transparentnost metode bez kompromitovanja privatnosti klijenata.

#### 4.5. Etički aspekti

Istraživanje je sprovedeno u skladu sa osnovnim principima etike u radu s ljudskim sudionicima u području mentalnog zdravlja:

*Dobrovoljnost učešća* - svi učesnici su se uključili u istraživanje vlastitom odlukom, bez prisile.

*Informirani pristanak* - učesnici su prethodno informisani o svrsi istraživanja, metodama prikupljanja podataka i mogućnosti povlačenja u bilo kojem trenutku.

*Privatnost i anonimnost* - podaci su prikupljeni i obrađeni anonimno, npr. klijentica je označena kao M.Z., 36, čime je identitet zaštićen.

*Sigurnost i dobrobit učesnika* - multidisciplinarni tim osigurao je da sve intervencije budu prilagođene individualnim potrebama i da ne izazivaju štetu.

*Korištenje podataka u istraživačke svrhe* - prikupljeni podaci korišćeni su isključivo u svrhu akademskog istraživanja, uz poštivanje povjerljivosti.

### 5. Studije slučaja

#### 5.1. Studija slučaja 1

##### 5.1.1. Anamneza i klinička slika

###### Anamneza

Klijentica M.Z., 36 godina, javlja se zbog učestalog osjećaja brige i straha prisutnog već dvije godine. Navodi da su tegobe započele postepeno i da su se s vremenom pojačavale.

**Commented [TM6]:** probajte da izbegnete tri nivoa naslova direktno jedan ispod drugog, ubacite rečenicu-ve između.

Ističe da se najčešće brine o poslu i mogućnostima dobivanja otkaza, kao i o problemima u odnosu s partnerom zbog nerazumijevanja njenog stanja. Opisuje prisutnost nedefiniranih unutrašnjih nemira i pritisaka te navodi da se zabrinutost javlja čak i kada nema jasnog razloga.

Navodi da se često "pretvara da je sve pod kontrolom", iako subjektivno osjeća stalnu napetost. Također ističe da se budi umorna čak i kada spava dovoljan broj sati, te da ima osjećaj da napetost "nikada ne prestaje".

Ističe da ima poteškoće u donošenju odluka, posebno bez potvrde drugih, te da često preispituje moguće negativne ishode različitih situacija.

### **Klinička slika**

Na osnovu *posmatranja, kliničkog intervjua i standardiziranih mjera* uočava se obrazac *generalizirane anksioznosti*.

Prisutan je povišen nivo psihomotorne napetosti, koji se manifestuje kroz nemir i učestalo mijenjanje položaja tijela. Uočavaju se teškoće u koncentraciji i donošenju odluka, kao i izraženi ruminativni misaoni procesi.

Registruje se poremećaj sna u vidu otežanog uspavljivanja i ranog buđenja, uz subjektivni osjećaj neosvježenosti. Prisutne su i somatske manifestacije, uključujući napetost i bolove u mišićima (posebno u predjelu vrata i ramena) i lupanje srca.

### **5.1.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja**

U domenu svakodnevnog funkcionisanja uočava se smanjena efikasnost u izvršavanju zadataka koji zahtijevaju samostalno donošenje odluka, planiranje i organizaciju aktivnosti. Klijentica ima poteškoće u započinjanju i završavanju zadataka, često ih prekida zbog perfekcionističkih tendencija i potrebe za dodatnom provjerom. U radnom okruženju prisutna je smanjena produktivnost i otežano održavanje kontinuiteta u radu, uz izraženu potrebu za potvrdom drugih.

Na nivou socijalnog funkcionisanja uočava se tendencija izbjegavanja društvenih i nepredvidivih situacija, dok svakodnevne aktivnosti karakteriše umor i osjećaj iscrpljenosti, što dodatno otežava održavanje radnih, socijalnih i ličnih uloga.

Funkcionalno funkcionisanje u više životnih domena je narušeno, uz smanjenu autonomiju i adaptivne sposobnosti.

### 5.1.3 ICP Plan - (GAD)

**Cilj terapije:** Smanjenje anksioznosti, poboljšanje funkcionalnog svakodnevnog i socijalnog funkcionisanja, jačanje autonomije i samostalnosti u odlučivanju.

Ciljevi su usmjereni na četiri domene: psihološku (smanjenje ruminacija, povećanje emocionalne regulacije), funkcionalnu (povećanje efikasnosti u planiranju, započinjanju i završavanju zadataka), socijalnu (povećanje participacije u društvenim situacijama) i somatsku (smanjenje psihomotorne napetosti, poboljšanje sna).

#### **Sedmični plan**

Ponedjeljak - KBT seansa (60 min): Praćenje simptoma, identifikacija ruminacija, vođenje dnevnika misli i osjećaja, kognitivna restrukturacija, vođene tehnike opuštanja i planiranje tjednih zadataka.

Srijeda - OT seansa (60 min): Procjena funkcionalnog dnevnog rasporeda, balans aktivnosti i odmora, mini zadaci za samostalno odlučivanje, senzorne strategije i vježbe opuštanja mišića.

Kućni zadaci (utorak, četvrtak, subota, nedjelja):

**KBT:** Vođenje dnevnika misli i osjećaja, mindfulness, vođene vježbe disanja i relaksacije, kognitivna restrukturacija ruminacija.

**OT:** Planiranje i organizacija dnevnih zadataka, mini zadaci za samostalno odlučivanje, kratke vježbe istezanja i opuštanja mišića vrata, ramena i leđa, mindfulness.

*Faze:* 1–2 sedmica usmjerene na procjenu i psihoedukaciju, 3–7 sedmica na aktivnu primjenu kognitivnih i bihevioralnih strategija, dok 8–10 sedmica uključuju evaluaciju ishoda i prevenciju relapsa

**Interna koordinacija tima** (petak): KBT psihoterapeut i OT održavaju sastanak bez prisustva klijentice radi evaluacije napretka, prilagodbe intervencija i planiranja novih strategija. Standardizirani instrumenti se koriste za kvantitativno praćenje napretka, dok dnevni zapisi klijentice omogućavaju praćenje subjektivnog iskustva.

**Očekivani ishodi:**

Smanjenje ruminacija i anksioznosti, povećana efikasnost u svakodnevnim zadacima i samostalnost u odlučivanju, smanjenje perfekcionističkih tendencija, smanjena psihomotorna napetost i poboljšanje sna, veća adaptivnost u socijalnim i radnim situacijama, poboljšana emocionalna regulacija u kućnom okruženju, uz smanjenu tendenciju prenošenja psihičke napetosti na partnera.

#### **5.1.4 Psihoterapijski plan (KBT pristup)**

##### **Ciljevi terapije**

- Smanjenje intenziteta i učestalosti generalizovane anksioznosti i napada panike.
- Regulacija psihomotorne napetosti i smanjenje nemira.
- Smanjenje ruminativnih misli i poboljšanje koncentracije i donošenja odluka.
- Poboljšanje kvaliteta sna i ublažavanje somatskih simptoma.
- Razvijanje učinkovitih strategija suočavanja i samoregulacije.

##### **Intervencije / metode**

- Kognitivna restrukturacija: identifikacija i modifikacija ruminativnih i negativnih misli.
- Tehnike relaksacije i regulacije stresa: progresivna mišićna relaksacija, vođeno disanje, mindfulness.
- Postepeno izlaganje stresnim situacijama (exposure) i kontrolirano suočavanje.
- Praćenje misli, emocija i somatskih senzacija (dnevnik).
- Strategije za poboljšanje sna: rutina pred spavanje, tehnike opuštanja, kognitivno restrukturiranje.
- Vještine rješavanja problema i strukturisano planiranje.

##### **Plan sesija**

*1 puta sedmično, 60 minuta, 10 sedmica*

Individualizirani plan kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za klijenticu M.Z. osmišljen je u skladu sa definiranim ciljevima koji uključuju: smanjenje intenziteta i učestalosti generalizovane anksioznosti i napada panike, regulaciju psihomotorne napetosti, redukciju

ruminativnih misaonih obrazaca, poboljšanje koncentracije i donošenja odluka, unapređenje kvaliteta sna te razvoj učinkovitih strategija suočavanja i samoregulacije.

Terapija se provodi jednom sedmično u trajanju od 60 minuta kroz period od deset sedmica, pri čemu svaka sesija obuhvata procjenu simptoma, rad na kognitivnim i bihevioralnim obrascima, primjenu specifičnih tehnika, zadavanje domaćih zadataka i evaluaciju napretka.

U *početnoj fazi* tretmana fokus je na uspostavljanju terapijskog saveza, psihoedukaciji o anksioznosti i razumijevanju međusobne povezanosti *misli, emocija i ponašanja*. Posebna pažnja usmjerena je na identifikaciju ruminativnih obrazaca i okidača vezanih za radne obaveze i strah od greške, uz uvođenje dnevnika automatskih misli kao osnovnog alata praćenja. Kada se javljaju intruzivne misli poput “pogriješit ću” ili “ostat ću bez posla pa neću moći otplaćivati kredit”, terapeut i klijentica zajedno prolaze kroz proces njihove identifikacije i provjere realnosti: misao se zapisuje, analiziraju se dokazi koji je podržavaju ili osporavaju, procjenjuje se njena vjerojatnost, a zatim se razvijaju realističnije i uravnoteženije interpretacije, što klijentici omogućava da postepeno smanji katastrofiziranje, poveća kontrolu nad reakcijama i razvije uvjerenje da misli nisu uvijek istinite ni obavezujuće.

U  *narednoj fazi* terapije naglasak se stavlja na prepoznavanje i modifikaciju kognitivnih distorzija, odnosno iskrivljenih misaonih obrazaca koji pojačavaju anksioznost, poput katastrofiziranja, crno-bijelog razmišljanja ili pretjerane generalizacije. Terapeut koristi kognitivnu restrukturaciju, u kojoj klijentica zajedno s terapeutom identificira takve misli, analizira dokaze „za“ i „protiv“ misli, procjenjuje njihovu realnost i razvija uravnoteženije interpretacije situacija. Npr: Umjesto automatske misli: “Ako pogriješim, bit ću potpuni neuspjeh i ostati bez posla” uravnotežena interpretacija bi mogla biti: “Mogu napraviti grešku, ali to ne znači da ću izgubiti posao; mogu ispraviti grešku i situaciju, ai ljudski je pogriješiti.”

Paralelno se primjenjuje sokratsko ispitivanje, metod kojim terapeut postavlja vođena pitanja koja pomažu klijentici da sama dođe do racionalnijih zaključaka i uvidi nelogičnosti u vlastitim mislima. Ovim se umanjuje katastrofično razmišljanje.

*Srednja faza* terapije usmjerena je na regulaciju fiziološke pobuđenosti i redukciju psihomotorne napetosti, posebno u području vrata i ramena. Primjenjuju se *tehnika* progresivne mišićne relaksacije (PMR), dijafragmalnog disanja (npr. 4-2-6) i druge metoda regulacije stresa, koje aktiviraju parasimpatički nervni sistem.

U ovoj fazi klijentica M.Z. se postepeno izlaže stresnim situacijama (graded exposure), počevši od jednostavnijih zadataka s niskim stresom, preko složenijih odluka, do onih s većim rizikom i odgovornošću, uz praćenje subjektivne nelagode (SUD skala -Subjective Units of Distress, skala nelagode 0-100). Cilj je da postupno nauči tolerirati osjećaj nelagode i mogućnost pogreške bez izbjegavanja ili odgađanja.

*Daljnji tok terapije* uključuje intervencije usmjerene na poboljšanje kvaliteta sna kroz primjenu principa KBT-a za nesanicu. Pored higijene u sobi i smanjenja stimulusa, klijentica se podučava restruktuiranju disfunkcionalnih uvjerenja o snu: Prepoznavanje i rekonstrukcija misli poput „Ako ne zaspem sada, sutra ću biti potpuno iscrpljena i nesposobna za posao“ u „Jedna noć sna manje ne znači ništa. Oporaviti ću se brzo.“ Ovim se takođe smanjuje potreba za perfekcionizmom i pretjeranom kontrolom.

U *kasnijim fazama* terapije naglasak se stavlja na integraciju stečenih vještina u svakodnevno funkcionisanje, uključujući i interpersonalni kontekst. Posebno se radi na unapređenju emocionalne regulacije u kućnom okruženju, uz smanjenje tendencije prenošenja psihičke napetosti na partnera. Klijentica prvo primjenjuje tehnike samoregulacije kako bi smirila napetost i prekid ruminacije, a potom koristi strukturiranu KBT komunikaciju („ja“poruke) kako bi izražavala emocije prema partneru bez prenosa stresa.

*Završna faza* terapije usmjerena je na evaluaciju postignutih promjena, jačanje samostalne primjene naučenih strategija i razvoj plana prevencije relapsa, čime se osigurava dugoročna stabilnost i održivost terapijskih efekata.

### **5.1.5 Plan i implementacija OT intervencija**

Integrirani plan okupacione terapije (OT) razvijen je tako da prirodno prati tok kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), ali i da klijentici M.Z. pomogne da ono što razumije na terapiji zaista počne živjeti u svakodnevici. Dok kroz KBT uči prepoznavati i mijenjati svoje misli i emocionalne reakcije, kroz OT postepeno razvija funkcionalnije obrasce ponašanja u okviru svog okupacionog performansa – u poslu, u odnosima i u odnosu prema sebi.

U *početnim sedmicama*, dok se u terapiji radi na razumijevanju anksioznosti i prepoznavanju ruminacija, fokus u OT-u je na usporavanju i osvještavanju svakodnevice kroz analizu okupacionih obrazaca (occupational patterns). Klijentica počinje obraćati pažnju na svoj tipičan dan – kada dolazi do zastoja, kada počinje preispitivanje i odgađanje. Na primjer,

primjećuje da prije slanja e-maila često zastane, ponovo čita i sumnja u sebe. Umjesto da to automatski mijenja, prvo uči samo da to prepozna. Uvodi i male, stabilizirajuće rutine – ujutro kratko istezanje i planiranje 2–3 najvažnija zadatka, a navečer lagano smirivanje bez ekrana – čime se postepeno uspostavlja osnovni okupacioni balans između aktivnosti i odmora. Te promjene su male, ali daju osjećaj strukture i predvidivosti koji joj je ranije nedostajao.

Kako *terapija napreduje* i počinje rad na mislima poput „moram sve uraditi savršeno“ ili „ako pogriješim, bit će loše“, OT se više usmjerava na konkretno ponašanje i razvoj procesnih vještina (process skills). Klijentica, na primjer, dobija zadatak da napiše e-mail i pošalje ga nakon jedne provjere – iako osjeća nelagodu. Ili da završi zadatak u okviru vremena koje je sebi zadala, bez dodatnog „dotjerivanja“, kroz jednostavnu analizu zadatka (task analysis). U početku joj to nije lako, ali kroz ta iskustva počinje uviđati da se ništa loše ne dešava kada nešto uradi „dovoljno dobro“. Paralelno s tim, počinje donositi male odluke sama – kojim redom će raditi zadatke, šta će prvo završiti – čime se jača osjećaj okupacione autonomije i smanjuje potreba za vanjskom potvrdom.

U *sredini terapije*, kada se radi na regulaciji napetosti i postepenom suočavanju sa stresnim situacijama, OT se prirodno nadovezuje kroz stvarne situacije iz njenog života. Umjesto da se opušta samo u kontrolisanim uslovima, klijentica uči da zastane i udahne dok radi – prije sastanka, nakon zahtjevnog zadatka ili kada osjeti napetost u ramenima, što predstavlja oblik regulacije kroz aktivnost (occupation-based regulation). Postepeno se izlaže onome što joj je ranije bilo teško: šalje poruke bez višestrukog provjeravanja, iznosi svoje mišljenje na sastanku, donosi odluke bez dugog premišljanja. Ove aktivnosti uvode se postepeno, u skladu s principom gradiranog uključivanja (graded engagement). Nelagoda je i dalje tu, ali više nije razlog za odgađanje.

Kada fokus terapije pređe na san i iscrpljenost, rad u OT-u postaje još konkretniji i usmjeren na uspostavljanje održivog ritma aktivnosti. Klijentica počinje uvoditi večernju rutinu koja joj odgovara – npr. prestaje raditi sat vremena prije spavanja, lagano se istegne, smanji svjetlo i tempo. Tokom dana uči praviti kratke pauze, umjesto da radi do iscrpljenosti, i počinje primjećivati koliko joj to pomaže da zadrži energiju i koncentraciju, čime aktivno radi na očuvanju okupacionog balansa.

U *završnoj fazi*, cilj je da sve to postane „njeno“, a ne nešto što radi samo jer je dio terapije. Počinje sama planirati sedmicu, realnije procjenjuje koliko može, pravi prostor i za odmor i za

obaveze, čime jača vlastitu okupacionu kompetenciju. Kada se pojavi stresnija situacija, više ne reaguje automatski – zna stati, prepoznati šta se dešava i izabrati kako će reagovati.

Važan dio ovog procesa odnosi se i na njen odnos s partnerom. Umjesto da napetost s posla nesvjesno prenosi u komunikaciju, uči prvo uzeti kratko vrijeme za sebe – da se smiri, „slegne“ dan – pa tek onda razgovarati. Tada lakše izražava kako se osjeća, bez potrebe da reaguje impulsivno ili defanzivno, čime se unapređuje njena interpersonalna participacija.

Na ovaj način, promjene koje započnu kroz razgovor na terapiji postepeno se pretaču u male, ali značajne pomake u svakodnevnom životu. Klijentica ne postaje „bez anksioznosti“, ali postaje sigurnija u to da može funkcionisati uprkos njoj – donositi odluke, završavati obaveze i biti prisutnija u vlastitom životu, uz vidljivo poboljšanje ukupnog okupacionog performansa.

#### **5.1.6. Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti studije slučaja 1 (Klijentica M.Z.)**

##### **1. STAI (State-Trait Anxiety Inventory) = 58/80**

*State – privremeno stanje (20 pitanja; četverostepena Likertova skala 1- 4)*

*Trait – trajna sklonost anksioznosti (20 pitanja; četverostepena Likertova skala)*

##### **1a) State Anxiety (trenutno stanje) – 20 pitanja**

<b>Pitanje</b>	<b>Bod</b>
1. Osjećam se uznemireno	3
2. Osjećam se mirno	2
3. Osjećam se napeto	3
4. Osjećam se opušteno	2
5. Brine me nešto	3
6. Osjećam se sigurno	2

7. Osjećam se nervozno	3
8. Osjećam se zadovoljno	1
9. Osjećam strah	3
10. Osjećam se pritisnuto	3
11. Osjećam se spremno	2
12. Osjećam se zabrinuto	3
13. Osjećam se ugroženo	2
14. Osjećam se napeto	3
15. Osjećam se sigurno	2
16. Osjećam se nervozno	3
17. Osjećam se opušteno	2
18. Osjećam se zabrinuto	3
19. Osjećam se uznemireno	3
20. Osjećam se mirno	2

**Ukupni rezultat: 58 / 80 → visoka anksioznost**

**1b) Trait Anxiety - trajna sklonost anksioznosti (klijentica M.Z.)**

<b>Pitanje</b>	<b>Bod</b>
1. Obično se brinem	3
2. Obično se osjećam mirno	2
3. Obično se osjećam nervozno	3
4. Obično se osjećam sigurno	2
5. Obično osjećam strah	3

6. Obično osjećam uznemirenost	3
7. Obično se osjećam napeto	3
8. Obično osjećam zadovoljstvo	1
9. Obično se brinem o poslu	3
10. Obično osjećam pritisak	3
11. Obično osjećam spremnost	2
12. Obično se osjećam nervozno	3
13. Obično se osjećam opušteno	2
14. Obično se brinem o mogućim problemima	3
15. Obično se osjećam sigurno	2
16. Obično osjećam napetost	3
17. Obično osjećam zabrinutost	3
18. Obično se osjećam uznemireno	3
19. Obično se osjećam mirno	2
20. Obično se osjećam nervozno	3

**Ukupni rezultat (Trait): 56/80 → visoka anksioznost**

#### **STAI-S i STAI-T - bodovanje**

<b>Nivo</b>	<b>Opseg poena (20–80)</b>
Nizak	20 – 37
Srednji	38 – 44
Visok	45 – 80

**2. BAI – Beck Anxiety Inventory = 22**

<b>Simptom (BAI)</b>	<b>Bodovi (0-3)</b>
Trnci ili trnjenje	1
Nemir / osjećaj napetosti	2
Neprirodan strah	2
Osjećaj da će se nešto loše dogoditi	2
Nemogućnost da se opusti	2
Osjećaj nesigurnosti / gubitka kontrole	3
Srčani lupanj	2
Znojenje	0
Drhtanje	0
Osjećaj gušenja / teškoće sa disanjem	0
Mučnina / probavne tegobe	0
Vrtoglavica / nestabilnost	0
Strah od smrti	0
Osjećaj unutrašnjeg nemira	2
Napetost mišića	2
Problemi sa koncentracijom	0
Osjećaj bespomoćnosti	0
Strah od gubitka kontrole nad sobom	2
Napadi panike / strah od napada	0
Nesanica / problemi sa snom	2
Bol u prsima / nelagoda u tijelu	0

Ukupni rezultat: 22 / 63 → *umjerena anksioznost*

<b>Rezultat (bodovi)</b>	<b>Nivo anksioznosti</b>
0–7	Niska anksioznost
8–15	Blaga anksioznost
16–25	Umjerena anksioznost
26–63	Visoka anksioznost

**3. HADS procjena** (Hospital Anxiety and Depression Scale): HADS A = 14/21 → umjereno do visoka anksioznost; HADS-D = 7/21 → blago izražena depresija

HADS – [https://www.reuma.pt/docs/HADS\\_EN.pdf?utm\\_source](https://www.reuma.pt/docs/HADS_EN.pdf?utm_source).

Ime: Klijentica M.Z.

**1. Osjećam se napeto ili „na ivici“:**

- (X) Većinu vremena (3)
- ( ) Često (2)
- ( ) Povremeno, s vremena na vrijeme (1)
- ( ) Uopšte ne (0)

**2. Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam ranije uživao/la:**

- ( ) Definitivno kao i prije (0)
- ( ) Ne baš kao prije (1)
- (X) Samo malo (2)
- ( ) Skoro nikako (3)

**3. Imam osjećaj straha kao da će se nešto strašno desiti:**

- ( ) Vrlo izraženo i jako (3)
- (X) Da, ali ne previše (2)
- ( ) Malo, ali me ne zabrinjava (1)
- ( ) Uopšte ne (0)

**4. Mogu se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari:**

- ( ) Koliko god uvijek mogao/la (0)
- (X) Ne baš toliko sada (1)
- ( ) Definitivno ne toliko sada (2)

Uopšte ne (3)

**5. Brige prolaze kroz moj um:**

Vrlo često (3)

Često (2)

Povremeno, ali ne prečesto (1)

Samo ponekad (0)

**6. Osjećam se veselo:**

Uopšte ne (3)

Ne često (2)

Ponekad (1)

Većinu vremena (0)

**7. Mogu sjediti opušteno i osjećati se smireno:**

Definitivno (0)

Obično (1)

Ne često (2)

Uopšte ne (3)

**8. Osjećam se kao da sam usporen/a:**

Skoro stalno (3)

Vrlo često (2)

Ponekad (1)

Uopšte ne (0)

**9. Imam osjećaj straha poput „leptirića“ u stomaku:**

Uopšte ne (0)

Povremeno (1)

Često (2)

Vrlo često (3)

**10. Izgubio/la sam interes za svoj izgled:**

Definitivno (3)

Ne brinem se koliko bih trebao/la (2)

Možda se ne brinem baš dovoljno (1)

Brinem se kao i uvijek (0)

**11. Osjećam nemir, stalno moram biti u pokretu:**

- Veoma puno (3)
- Prilično često (2)
- Ne baš puno (1)
- Uopšte ne (0)

**12. Radujem se stvarima koje dolaze:**

- Koliko god ranije (0)
- Malo manje nego prije (1)
- Definitivno manje nego prije (2)
- Skoro nikako (3)

**13. Imam iznenadne napade panike:**

- Vrlo često (3)
- Prilično često (2)
- Ne često (1)
- Uopšte ne (0)

**14. Mogu uživati u dobroj knjizi, radiju ili TV programu:**

- Često (0)
- Ponekad (1)
- Ne često (2)
- Vrlo rijetko (3)

***Ukupni rezultati:***

HADS-A = **14/21** → *umjereno do visoka anksioznost*

HADS-D = **7/21** → *blago izražena depresija*

**BODOVANJE:** HADS ima 14 pitanja, podijeljena u dvije skale:

HADS-A (anksioznost) → pitanja 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

HADS-D (depresija) → pitanja 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Svako pitanje boduje se od 0 do 3, gdje veći broj bodova znači izraženiji simptom.

#### **4. Goal Attainment Scaling (GAS) – za M.Z.**

GAS se koristi da se individualiziraju ciljevi terapije i mjeri napredak kroz skalu od -2 do +2

Dominantni početni nivo: -1

Funkcionalnost: 0 – Obavlja obaveze uz napor

##### **Cilj 1: Regulacija psihofizičke napetosti**

Početno stanje: Česta napetost, rijetko koristi tehnike -1

##### **Cilj 2: Smanjenje intenziteta zabrinjavajućih misli**

Česte brige, teško ih kontroliše -1

##### **Cilj 3: Regulacija somatskih simptoma anksioznosti**

Česti simptomi (napetost, nelagoda u stomaku, nemir) -1

##### **Cilj 4: Očuvanje i unapređenje svakodnevnog funkcionisanja**

Održava svakodnevne obaveze uz napor 0

#### ***Vrijednost Značenje***

-2	Mnogo lošije od očekivanog
-1	Malo lošije od očekivanog
0	Očekivani ishod (cilj postignut)
+1	Bolje od očekivanog
+2	Mnogo bolje od očekivanog

#### ***GAS (rezultati)***

*Dominantni početni nivo: -1*

*Funkcionalnost: 0 (očuvana, ali opterećena)*

#### **Klinička slika:**

izražena psihofizička napetost  
prisutne kognitivne brige  
somatski simptomi anksioznosti  
bez značajnog funkcionalnog pada

**5. COPM ( Canadian Occupational Performance Measure) = Ukupni prosjeci - Initial COPM score)**

**Važnost (Importance) = 8.71**

**Performans (Performance) = 4.57**

**Zadovoljstvo (Satisfaction) =3.57**

*Molimo Vas da navedete aktivnosti u svakodnevnom životu koje su Vam važne, a u kojima osjećate poteškoće, nelagodu ili strah zbog brige, stresa ili anksioznosti. Zatim ocijenite:*

*Važnost aktivnosti (Importance) – 1 do 10*

<b>Aktivnost</b>	<b>Kategorija</b>	<b>Važnost</b>	<b>Performans</b>	<b>Zadovoljstvo</b>
1. Donošenje odluka i planiranje aktivnosti	Produktivnost	10	4	3
2. Izvršavanje profesionalnih zadataka i održavanje produktivnosti	Produktivnost	9	5	4
3. Sudjelovanje u društvenim i nepredvidivim situacijama	Slobodno vrijeme	8	3	2
4. Upravljanje umorom i energijom u svakodnevnim aktivnostima	Samo-briga	8	4	3
5. Održavanje rutine kućanskih poslova	Produktivnost	7	5	4
6. Održavanje odnosa s partnerom i bliskim osobama	Slobodno vrijeme	10	5	4
7. Briga o zdravlju i fizičkom stanju	Samo-briga	9	6	5

Ukupni prosjeci (Initial COPM score)

**Važnost** (Importance):

$(10+9+8+8+7+10+9)/7=61/7\approx 8.71$

**Performans** (Performance):

$(4+5+3+4+5+5+6)/7=32/7\approx 4.57$

**Zadovoljstvo** (Satisfaction):

$(3+4+2+3+4+4+5)/7=25/7\approx 3.57$

## 6. Subjektivni doživljaj klijenta i opažanje terapeuta – M.Z.

### Samoprocjena klijentice M.Z. (self- report na kraju procesa):

Na početku terapijskog procesa klijentica je procjenjivala intenzitet anksioznosti na **4/10**, uz povremene napade panike, poteškoće u prepoznavanju i upravljanju negativnim automatskim mislima, te ograničene i nedosljedne strategije suočavanja. Svakodnevno funkcionisanje bilo je očuvano, ali uz izražen napor i smanjeno zadovoljstvo u aktivnostima.

Tokom terapijskog procesa dolazi do značajnog poboljšanja. Klijentica izvještava da se osjeća smirenije u situacijama koje su ranije izazivale anksioznost i napade panike. Intenzitet anksioznosti procjenjuje na **8/10** u smislu poboljšanja/kontrole simptoma, dok su napadi panike sada rijetki i blažeg intenziteta.

Klijentica razvija sposobnost prepoznavanja negativnih automatskih misli i uspješno ih preusmjerava koristeći naučene KBT tehnike. Aktivno primjenjuje strategije suočavanja u svakodnevnim situacijama, što doprinosi većem osjećaju kontrole nad emocijama.

U domenu funkcionisanja evidentno je poboljšanje: klijentica efikasnije obavlja svakodnevne obaveze, uključujući kućne aktivnosti i socijalne interakcije, uz manji subjektivni napor i veće zadovoljstvo.

## **7. Opažanje stručnog tima (integrisani nalaz za M.Z.)**

Na osnovu kontinuiranog praćenja klijentice M.Z. kroz integrisani psihoterapijski i okupaciono-terapijski proces, stručni tim bilježi jasno i konzistentno poboljšanje u emocionalnom, kognitivnom i funkcionalnom domenu.

U početnoj fazi tretmana kod klijentice su dominirali simptomi izražene anksioznosti, uključujući psihomotornu napetost, uznemirenost i poteškoće sa nesanicom. Također je bila prisutna izražena težnja ka perfekcionizmu, praćena nesigurnošću i otežanim donošenjem odluka. Tokom terapijskog procesa uočeno je postepeno smanjenje opće napetosti i uznemirenosti, uz djelimičnu stabilizaciju ritma spavanja i poboljšanje emocionalne regulacije.

Na kognitivnom planu inicijalno su bile prisutne ruminacije, sklonost pretjeranom preispitivanju i otežano donošenje odluka, posebno u kontekstu poslovnih zahtjeva i straha od gubitka posla. Nakon provedenih intervencija, klijentica pokazuje poboljšanje u strukturiranju mišljenja, veću jasnoću u procjeni situacija i postepeno jačanje sigurnosti u donošenju odluka.

U okviru psihoterapijskog rada klijentica je od početne rezervisanosti napredovala ka aktivnom i motivisanom učešću. Uočava se uspješno usvajanje i primjena kognitivno-bihevioralnih tehnika, uključujući kognitivnu restrukturaciju, tehnike disanja i relaksacije, koje primjenjuje u situacijama pojačanog stresa, naročito u radnom okruženju.

Iz perspektive okupacione terapije, početno je bila prisutna izražena napetost vezana za radne zadatke, uz tendenciju prenosa stresa iz poslovnog okruženja u porodične odnose, posebno u odnosu s partnerom. Tokom tretmana dolazi do poboljšanja u organizaciji aktivnosti, postavljanju realističnijih očekivanja i jasnijem razdvajanju poslovnih i privatnih uloga, što doprinosi funkcionalnijem svakodnevnom funkcionisanju.

U domenu instrumentalnih dnevnih aktivnosti (IADL) uočava se značajno poboljšanje kroz veću spremnost klijentice da izdvaja vrijeme za relaksaciju, uživa u pripremi hrane i održavanju domaćinstva bez opterećenja poslom, uz unaprijedenu organizaciju vremena, efikasnije izvršavanje radnih zadataka (izrada projekata, slanje e-mailova) i smanjenu potrebu za perfekcionističkim dodatnim provjeravanjem.

Također, evidentno je smanjenje izbjegavajućih obrazaca ponašanja, uz postepeno suočavanje sa situacijama koje su ranije izazivale strah i nesigurnost. Klijentica razvija adaptivnije strategije suočavanja, uključujući toleranciju na nesigurnost i fleksibilniji odnos prema vlastitim standardima.

U odnosu na postavljene ciljeve prema GAS metodologiji, klijentica M.Z. ostvaruje napredak koji se kreće u rasponu od očekivanih do boljih od očekivanih ishoda (0 do +1), što podržava efikasnost integrisanog terapijskog pristupa.

Nalaz stručnog tima ukazuje na značajno unapređenje ukupnog funkcionisanja, uz jačanje kapaciteta za emocionalnu regulaciju, donošenje odluka, balans između poslovnog i privatnog života, te adaptivno suočavanje sa stresorima.

### **5.1.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija – klijentica M.Z.**

Evaluacija terapijskih intervencija kod klijentice M.Z. pokazuje značajno poboljšanje funkcionalnog kapaciteta, smanjenje anksioznosti i povećanje zadovoljstva svakodnevnim aktivnostima. Psihoterapijske intervencije dovele su do smanjenja stanja anksioznosti (STAI–S s 56/80 na 40/80) i trajne anksioznosti (STAI–T s 58/80 na 42/80), te fizičkih i somatskih simptoma anksioznosti (BAI s 22/63 na 12/63) i simptoma anksioznosti i depresije prema HADS-u (HADS–A s 14/21 na 8/21, HADS–D s 7/21 na 4/21). Klijentica je pokazala smanjenje ruminacija, bolju sposobnost suočavanja s napetim situacijama, stabilnije raspoloženje i izraženiju afektivnu ekspresiju. Terapijske tehnike koje su dale rezultate uključuju kognitivnu restrukturaciju, vođene vizualizacije, dijafragmalno disanje i progresivnu relaksaciju.

Okupaciona terapija bila je usmjerena na praktičnu primjenu vještina i povećanje funkcionalne kompetencije, što je rezultiralo značajnim napretkom. Prosječna ocjena GAS ciljeva povećana je s -1 na +1, što pokazuje značajan funkcionalni napredak., COPM performanse s 4,57 na 7,2, a zadovoljstvo aktivnostima s 3,57 na 6,8. Klijentica je poboljšala organizaciju svakodnevnih aktivnosti, balansiranje između obaveza i odmora te napredovala u IADL aktivnostima, uključujući pripremu obroka, vođenje domaćinstva, planiranje vremena i održavanje projekata. Primijećene promjene uključuju bolju strukturu dnevnih i tjednih zadataka, smanjenu potrebu za dodatnom provjerom posla ili mailova te uvođenje opuštajućih aktivnosti bez osjećaja krivnje.

Timska evaluacija pokazuje sinergijski efekt psihoterapijskih i okupacionih intervencija. Klijentica sada bolje prepoznaje i regulira emocionalne reakcije, planira i izvršava zadatke te aktivno koristi strategije samopomoći. Subjektivna ocjena simptoma smanjena je s 4/10 na 2/10, dok je ocjena poboljšanja ostala na 8/10, potvrđujući trajni efekt intervencija.

Sveukupno, kombinacija psihoterapijskih i okupacionih intervencija dovela je do vidljivog poboljšanja funkcionalnosti, smanjenja anksioznosti i povećanja zadovoljstva svakodnevnim aktivnostima, samostalnije organizacije vremena, bolje emocionalne regulacije te stabilnijeg psihičkog i somatskog statusa, što podržava učinkovitost integriranog, multidisciplinarnog pristupa.

#### **5.1.8 Kritička diskusija studije slučaja 1: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu anksioznosti**

Studija slučaja 1 pokazuje da integracija okupacione terapije u multidisciplinarni tretman anksioznosti donosi značajno poboljšanje funkcionalnog stanja klijentice i smanjenje simptoma. ICP plan je metodološki dobro strukturiran, uključujući ciljeve tretmana, sedmične aktivnosti, psihoterapijski plan i plan OT intervencija, te evaluacijske instrumente poput STAI, BAI, HADS, COPM i GAS. Segmenti psihoterapijskog plana, posebno KBT tehnike samoregulacije, pravilno su preneseni u OT intervencije, što omogućava praktičnu primjenu u svakodnevnom životu klijentice.

Mjerenje simptoma anksioznosti bilo je kvantitativno i kvalitativno, uključujući subjektivne ocjene klijentice i opažanja tima. Iako su rezultati pozitivni, fokus je uglavnom bio na rezultatima jedne studije slučaja osobe s generaliziranim anksioznim poremećajem, koja prikazuje samo njene specifične simptome, životni kontekst i terapijski odgovor pojedinca. Studija slučaja je vrijedna za razumijevanje procesa i mehanizama, ali ne ukazuje na univerzalnu učinkovitost tretmana svih osoba s generaliziranim anksioznim poremećajem. Nalazi imaju eksplorativni karakter i ne mogu se generalizirati na širu populaciju bez dodatnih istraživanja.

KBT pristup pokazao se efikasnim u identifikaciji i modifikaciji kognitivnih obrazaca, dok je OT omogućila praktičnu primjenu naučenih strategija u svakodnevnim iskustvenim aktivnostima. Međutim, KBT tehnike same po sebi mogu biti ograničene kod duboko ukorijenjenih emocionalnih obrazaca. Također, postoji otpor mnogih klijenata prema KBT tehnikama, jer imaju doživljaj da njihova iskustva nisu prepoznata i validirana.

Dodatno, primjena KBT tehnika bez OT podrške ostaje djelomično teoretska.

Efekti OT su najučinkovitiji kada se primjenjuju unutar multidisciplinarnog tima. Timska sinhronizacija omogućava holistički tretman različitih dimenzija simptoma, dok samostalna

OT, iako korisna za funkcionalnost, ne pruža jednak efekt u smanjenju kognitivnih i emocionalnih simptoma. Kratke i strukturirane sesije olakšavaju angažman klijentice i integraciju strategija u svakodnevni život, ali nakon završetka tretmana postoji rizik od relapse.

Dakle, iako ograničena jednim slučajem, studija M.Z. ukazuje da sistematska primjena okupacione terapije unutar multidisciplinarnog tima ima značajan praktični i teorijski doprinos u tretmanu anksioznosti, poboljšavajući funkcionalnost, zadovoljstvo životom i kapacitet klijentice za samoregulaciju, ali dugoročna stabilizacija zahtijeva kontinuiranu podršku i praćenje.

Ovaj slučaj naglašava važnost multidisciplinarnе saradnje i u velikoj mjeri potvrđuje da OT ne funkcionira samo kao dopuna psihoterapiji, već kao aktivni element stabilizacije simptoma i poboljšanja funkcionalnosti.

Kritički je takođe istaknuti da će dodatne studije, uključujući slučajeve separacijske i socijalne anksioznosti, biti ključne za potvrdu opšteg efekta OT u različitim kontekstima anksioznih poremećaja.

Zaključno, iako ograničen brojem ispitanika, ovaj slučaj daje snažan dokaz da sistematska primjena OT unutar multidisciplinarnog tima ima značajan praktični i teorijski doprinos u tretmanu anksioznosti.

## 5.2 Studija slučaja 2 – Separacijska anksioznost

### 5.2.1 Anamneza i klinička slika

#### Anamneza

Klijentica T., starosti 38 godina, javlja se na psihoterapiju zbog intenzivnih simptoma anksioznosti u kontekstu partnerskog odnosa na daljinu koji traje sedam mjeseci. Tegobe su prisutne već od rane faze odnosa, s izraženom potrebom za stalnim kontaktom sa partnerom.

Klijentica navodi ranija iskustva emocionalnog zapostavljanja u odnosu s ocem, kao i prethodno traumatsko iskustvo napuštanja u partnerskoj vezi, što ukazuje na obrasce nesigurne, anksiozno-okupirajuće vezanosti. Tvrdi da se ne osjeća dobro čak od pomisli da se partner emocionalno udaljava od nje. Srce joj “preskače”, ima osjećaj “gušenja” i jakog nemira.

#### Klinička slika

Klijentica opisuje izražene anksiozne reakcije koje se javljaju u interpersonalnim situacijama, posebno kada partner ne odgovara na poruke u kraćem vremenskom periodu (unutar jednog

**Commented [TM7]:** Ovde nije problem, jer su 2 nivoa podnaslova, tako da može ostati.

sata) ili kada primijeti znakove emocionalnog distanciranja. U tim situacijama dolazi do intenzivne emocionalne disregulacije, praćene ruminativnim i intruzivnim mislima usmjerenim na strah od napuštanja, kao i izraženom potrebom za potvrdom vlastite vrijednosti kroz partnerovu pažnju i dostupnost.

Klinička slika obuhvata fiziološke, emocionalne, kognitivne i ponašajne simptome. Na fiziološkom planu prisutni su znakovi pojačane aktivacije simpatičkog dijela autonomnog nervnog sistema, uključujući palpitacije, ubrzano disanje ili osjećaj nedostatka zraka, tjelesnu napetost i drhtanje. Emocionalno dominiraju osjećaji straha, unutrašnje napetosti, uznemirenosti i preplavljenosti.

Na kognitivnom nivou prisutne su intruzivne i ruminativne misli, pretjerana briga, kao i katastrofično interpretiranje situacija (katastrofiziranje), uz smanjenu koncentraciju. U ponašajnom domenu uočava se traženje sigurnosti i potvrde kroz partnerovu reakciju, nemir i nemogućnost mirovanja, kao i tendencija ka izbjegavanju ili napuštanju situacije (npr. izlazak iz kuće) s ciljem smanjenja anksioznosti.

### **5.2.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja**

Klijentica pokazuje značajna ograničenja u svakodnevnom funkcionisanju. U profesionalnom kontekstu posao obavlja robotizirano, gotovo na "autopilotu", bez angažovanja kreativnosti i fokusirane pažnje, uz smanjenu sposobnost koncentracije i donošenja samostalnih odluka. U porodičnom kontekstu prisutna je smanjena emocionalna konekcija sa članovima porodice, uz povlačenje u svoj unutrašnji svijet. Istovremeno, ne polaže ispite i pokazuje smanjenu sposobnost za efikasno učenje, što ukazuje na značajne poteškoće u akademskom i svakodnevnom funkcionisanju.

Procjena funkcionisanja je izvršena putem kliničkog intervjua, opservacije i standardiziranih instrumenata (COPM – detalji u sekciji metodoloških materijala). Uočeno je:

- značajno narušeno profesionalno funkcionisanje, sa padom koncentracije i produktivnosti
- otežano izvršavanje svakodnevni obaveza
- emocionalna zavisnost koja utiče na interpersonalne odnose
- smanjena autonomija u donošenju odluka

- visoki skorovi na skalama anksioznosti, blago povišeni depresivni simptomi, te nizak nivo percipirane funkcionalne efikasnosti

Procjena obrasca vezanosti izvršena je ECRS instrumentom, uzimajući u obzir emocionalne i odnosne obrasce koji direktno utiču na funkcionalno ponašanje klijentice.

### **5.2.3 Individualni plan tretmana ICP**

Individualni plan tretmana zasniva se na integraciji psihodinamskog psihoterapijskog pristupa i okupacione terapije, te je oblikovan na osnovu kliničke slike, procjene funkcionalnog stanja i identificiranog obrasca anksiozne vezanosti. Tretman je usmjeren na smanjenje anksiozne reaktivnosti, posebno u situacijama percipirane emocionalne distance, razvoj unutrašnjeg osjećaja sigurnosti, kao i unapređenje svakodnevnog, akademskog i profesionalnog funkcionisanja.

U fokusu terapijskog rada nalazi se regulacija emocionalne disregulacije i smanjenje intenziteta anksioznih reakcija. Kroz psihodinamski rad klijentica postepeno osvještava okidače svojih reakcija, posebno one povezane sa strahom od napuštanja, dok se kroz okupacionu terapiju uvode konkretne strategije samoregulacije, poput tehnika disanja, strukturiranja aktivnosti i vođenja dnevnika emocija. Očekuje se da ovakav integrirani pristup dovede do smanjenja fizioloških simptoma anksioznosti, kao i povećanja sposobnosti samostalnog upravljanja emocionalnim stanjima.

Poseban terapijski fokus usmjeren je na smanjenje separacijske anksioznosti i potrebe za stalnom potvrdom od strane partnera. Kroz analizu transfernih reakcija i relacijskih obrazaca, klijentica razvija dublje razumijevanje vlastitih emocionalnih odgovora, dok se kroz strukturirane zadatke u okviru okupacione terapije postepeno izlaže situacijama odsutnosti partnera. Ovaj proces omogućava razvoj tolerancije na emocionalnu i vremensku distancu, uz smanjenje katastrofičnih interpretacija i ruminacija.

Daljnji rad usmjeren je na razvoj sigurnijeg obrasca vezivanja i jačanje unutrašnjeg osjećaja sigurnosti. Korištenjem tehnika rada sa unutrašnjim djetetom, internalizacijom sigurnog terapijskog odnosa i refleksijom interpersonalnih iskustava, klijentica postepeno razvija stabilnije emocionalne odgovore i smanjuje oscilacije između idealizacije i devalvacije u odnosima. Paralelno s tim, radi se na smanjenju ruminativnih obrazaca mišljenja kroz njihovu

analizu i preusmjeravanje pažnje na strukturirane svakodnevne aktivnosti, čime se poboljšava koncentracija i efikasnost u izvršavanju zadataka.

Važan segment tretmana odnosi se na jačanje autonomije i razvoja identiteta izvan partnerskog odnosa. Kroz postavljanje ličnih ciljeva, uključivanje u profesionalne, akademske i socijalne aktivnosti, te refleksiju vlastitih postignuća, klijentica razvija osjećaj kompetentnosti i samopouzdanja. Ove intervencije doprinose smanjenju emocionalne zavisnosti i povećanju unutrašnje stabilnosti.

U domenu okupacione terapije poseban naglasak stavlja se na unapređenje profesionalnog i akademskog funkcionisanja. Kroz trening organizacije vremena, razlaganje zadataka na manje cjeline i praćenje produktivnosti, klijentica postepeno razvija efikasnije obrasce rada, uz smanjenje "automatiziranog" funkcionisanja i povećanje svjesnog angažmana. Istovremeno se podstiče i veća socijalna uključenost kroz porodične i društvene aktivnosti, uz primjenu tehnika emocionalne regulacije u realnim interpersonalnim situacijama.

Implementacija tretmana odvija se kroz redovne psihoterapijske susrete jednom sedmično, uz paralelno uključivanje u okupacionu terapiju jedan do dva puta sedmično, te svakodnevnu primjenu zadataka u prirodnom okruženju. Napredak se kontinuirano prati kroz klinički intervju, opservaciju, dnevnik emocija i aktivnosti, kao i putem standardiziranih mjera poput COPM-a. Očekivani ishod ovako strukturiranog i integriranog pristupa jeste smanjenje anksiozne simptomatologije, povećanje emocionalne stabilnosti, razvoj sigurnijeg obrasca vezivanja i značajno unapređenje funkcionalnog kapaciteta klijentice u svim životnim domenima.

#### **5.2.4. Psihoterapijski plan**

Psihoterapijski plan zasnovan na psihodinamskom pristupu. Terapijski process usmjeren je na razumijevanje i integraciju ranih emocionalnih iskustava koja su oblikovala anksiozni stil vezivanja, posebno u kontekstu straha od napuštanja i separacijske anksioznosti u partnerskom odnosu.

*U početnoj fazi* terapije fokus je na uspostavljanju sigurnog i stabilnog terapijskog odnosa, unutar kojeg klijentica može istraživati svoje unutrašnje doživljaje. Kroz slobodne asocijacije, početnu analizu transfera i rad sa unutrašnjim djetetom. Klijentica postepeno osvještava

obrasce vezanosti i prepoznaje načine na koje se oni aktiviraju u svakodnevnim odnosima, posebno u situacijama percipirane emocionalne distance. U ovoj fazi identifikuju se okidači (triggers) separacijske anksioznosti, kao i obrasci ruminacija i anticipatornih strahova. Paralelno se uvode osnovne tehnike emocionalne regulacije (poput disanja i smirivanja), kako bi se omogućila stabilizacija i povećala tolerancija na intenzivne emocionalne reakcije.

*Srednja faza* terapije usmjerena je na dublju obradu ranih emocionalnih iskustava (odnos sa ocem, napuštanja od prethodnog partnera) i njihov utjecaj na sadašnje funkcionisanje. Kroz intenzivniji rad na transferu, analizu obrambenih mehanizama (poput projekcije, idealizacije i devalvacije) i povezivanje sadašnjih emocionalnih reakcija sa ranim odnosima, klijentica razvija dublje razumijevanje svojih unutrašnjih konflikata. Poseban naglasak stavlja se na rad sa strahom od napuštanja, pri čemu se koristi postepeno izlaganje temama separacije i mentalizacija emocionalnih stanja. U ovom periodu dolazi do smanjenja intenziteta separacijske anksioznosti, jačanja emocionalne regulacije i postepenog smanjenja potrebe za eksternom validacijom. Klijentica uči reflektovati svoja očekivanja od partnera, razvija fleksibilnije načine interpretacije interpersonalnih situacija, te istovremeno razlikovati činjenična stanja od "traumatskog glasa", prepoznavati trenutke kada je okidač aktiviran.

U *završnoj fazi* terapije fokus se pomjera prema integraciji stečenih uvida i razvoju stabilnijeg, sigurnijeg obrasca vezivanja. Kroz internalizaciju terapeutske sigurnosti i razvoj samosaosjećanja, klijentica jača unutrašnji osjećaj sigurnosti i sposobnost samopodržke. Terapijski rad u ovoj fazi uključuje refleksiju promjena u partnerskim i porodičnim odnosima, kao i primjenu novih obrazaca ponašanja u realnim životnim situacijama. Smanjuje se anksiozna reaktivnost na separaciju, povećava tolerancija na neizvjesnost i jača autonomija u odnosima. Disfunkcionalna uvjerenja se restrukturiraju kroz uvid u nesvjesne konflikte, što dovodi do stabilnijeg emocionalnog funkcionisanja.

Kroz ovako strukturiran terapijski proces, očekivani ishod je razvoj sigurnijeg obrasca vezivanja, smanjenje simptoma separacijske anksioznosti i unapređenje ukupnog interpersonalnog i intrapsihičkog funkcionisanja klijentice.

### **5.2.5 Plan i implementacija OT intervencija**

Za razliku od psihoterapijskih intervencija, koje se fokusiraju na razumijevanje emocionalnih iskustava, obrazaca vezanosti i nesvjesnih konflikata, plan okupacione terapije (OT) usmjeren

je na praktičnu primjenu uvida iz terapije u svakodnevni život. OT intervencije omogućavaju klijentici da razvije funkcionalnu autonomiju, poveća samostalnost i poboljša sposobnost izvođenja svakodnevnih, akademskih i profesionalnih zadataka, uz smanjenje anksiozne reaktivnosti i emocionalne ovisnosti o partneru.

Implementacija OT intervencija organizovana je kroz nekoliko faza, koje obuhvataju kombinaciju stabilizacijskih, refleksivnih, sigurnosnih i funkcionalnih tehnika.

*Početna faza (stabilizacija i regulacija emocija):* Klijentica uvodi tehnike smanjenja fiziološke napetosti i emocionalne disregulacije, uključujući dijafragmalno i ritmičko disanje, progresivnu mišićnu relaksaciju, mindfulness i vođene vizualizacije. Paralelno se koristi vođenje dnevnika emocija i aktivnosti radi praćenja reakcija i strategija suočavanja. Kroz ove vježbe klijentica jača unutrašnju stabilnost i postepeno stvara sigurne rutine koje povećavaju osjećaj kontrole i predvidivosti.

*Srednja faza (samoprocjena, refleksija i primjena uvida):* Klijentica koristi tehnike samoprocjene i refleksije kako bi osvijestila svoje emocionalne obrasce i prioritete. Vježbe uključuju identifikaciju okidača separacijske anksioznosti, vođene refleksije životnih vrijednosti i povezivanje naučenih uvida iz psihoterapije s konkretnim svakodnevnim situacijama. U ovoj fazi počinje rad na toleranciji na separaciju, postepenom izlaganju situacijama odsutnosti partnera kroz strukturirane zadatke i vođenje dnevnika reakcija.

*Faza jačanja unutrašnje sigurnosti i funkcionalne autonomije:* Kroz rad sa unutrašnjim djetetom i internalizaciju sigurnog odnosa, klijentica razvija unutrašnju sigurnost i samopodršku. Intervencije uključuju sigurne rutine i rituale, trening organizacije i produktivnosti, strukturiranje vremena za svakodnevne, akademske i profesionalne aktivnosti, te praktične vježbe socijalne uključenosti i komunikacije u porodičnim i društvenim situacijama. Klijentica uči reflektovati očekivanja od partnera, primjenjivati emocionalnu regulaciju i fleksibilno planirati zadatke prema trenutnom stanju i prioritetima.

*Faza integracije i primjene uvida u realnom životu:* U ovoj završnoj fazi klijentica povezuje emocionalne uvide iz psihoterapije s funkcionalnim aktivnostima. Kognitivno-funkcionalne vježbe i postepeno izlaganje omogućavaju praktičnu primjenu naučenih strategija u situacijama odsutnosti partnera ili emocionalne distance. Fokus je na jačanju identiteta i autonomije, uključivanju u kreativne, profesionalne i socijalne projekte izvan partnerskog odnosa, te refleksiji na samostalno postignute rezultate.

### **Specifične oblasti primjene OT intervencija:**

*Profesionalno funkcionisanje:* organizacija zadataka, planiranje vremena, vođenje dnevnika aktivnosti i strategija suočavanja, smanjenje opsesivne kontrole i “robotiziranog” rada.

*Akadske aktivnosti:* planiranje vremena za učenje, postavljanje ostvarivih ciljeva, primjena tehnika smanjenja ruminacija, vođenje dnevnika uspjeha.

*Porodične i socijalne aktivnosti:* aktivno uključivanje u zajedničke zadatke, vođenje razgovora o emocijama, primjena tehnika emocionalne regulacije i mindfulness, povećanje socijalne kompetencije i tolerancije na emocionalnu distancu.

*Zaključak:* Klijentica koristi stabilizacione, relaksacione i regulatorne tehnike, reflektivne i funkcionalne vježbe, rad sa unutrašnjim djetetom i internalizaciju sigurnosti, kao i praktične strategije za organizaciju, samostalnost i socijalnu uključenost. OT intervencije su fleksibilne i primjenjuju se u skladu s potrebama klijentice, uz kontinuiranu refleksiju i vođenje dnevnika, čime se omogućava direktna primjena naučenih strategija u svakodnevnom životu.

### **5.2.6. Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti studije slučaja 2**

#### **1. Experiences in Close Relationships (ECR-R)**

Skala odgovora:

1 = uopće se ne slažem

7 = u potpunosti se slažem

#### **DIO A – Anksioznost u vezivanju**

<b>Tvrdnja</b>	<b>Odgovor</b>
Brinem da će me partner napustiti	7
Potrebno mi je puno potvrde da sam voljena	6
Osjećam strah kada partner nije dostupan	7
Brinem da partner ne osjeća isto kao ja	6
Postajem uznemirena kada se partner ne javlja	7
Imam potrebu često provjeravati partnera	6

Strahujem da ću ostati sama	6
Preosjetljiva sam na promjene u ponašanju partnera	6
Osjećam nelagodu kada nisam u kontaktu s partnerom	7
Teško podnosim neizvjesnost u odnosu	7
Mislim da partner može izgubiti interes	6
Brinem da nisam dovoljno važna partneru	6

**Prosjek (Anksioznost): 6.1**

#### **Izbjegavanje bliskosti**

<b>Tvrdnja</b>	<b>Odgovor</b>
Ne osjećam se ugodno kada mi se neko previše približi	2
Teško mi je vjerovati drugima	3
Radije zadržavam emocionalnu distance	2
Ne volim zavisiti od drugih	2
Izbjegavam preveliku bliskost	2
Osjećam nelagodu kada neko želi biti jako blizak	3
Volim zadržati određenu distancu u odnosima	2
Ne volim pokazivati ranjivost	3
Teško mi je otvoriti se partneru	2
Osjećam potrebu za nezavisnošću više nego za bliskošću	2
Bliskost me ponekad opterećuje	2
Radije se oslanjam na sebe nego na druge	3

**Prosjek (Izbjegavanje): 2.3**

**Stil vezivanja klijentice odgovara anksiozno-okupirajućem stilu vezivanja.**

<b>Dimenzija</b>	<b>Skor (1-7)</b>	<b>Interpretacija</b>
Anksioznost u vezivanju	6.1	Visoko izražena
Izbjegavanje bliskosti	2.3	Nisko izraženo

## **2. COPM Upitnik za klijenticu T.**

Instrukcija za klijenticu: Molimo Vas da navedete aktivnosti u svakodnevnom životu koje su Vam važne, a u kojima osjećate poteškoće, nelagodu ili strah zbog odvajanja od bliskih osoba. Zatim ocijenite važnost aktivnosti, svoj performans i koliko ste zadovoljni svojim učincima.

### **Identifikacija aktivnosti (popunjeno)**

<b>Aktivnost</b>	<b>Kategorija</b>	<b>Važnost (1-10)</b>	<b>Performans (1-10)</b>		<b>Zadovoljstvo (1-10)</b>
Briga o sebi, higijena i zdravlje	Samo-briga		9	5	4
Odlazak na fakultet i učenje	Produktivnost		10	4	3
Sudjelovanje u društvenim aktivnostima i održavanje prijateljstva					
Slobodno vrijeme			8	5	4
Bavljanje self-care aktivnostima i kućni zadaci	Produktivnost		8	5	4
Kuhanje	Produktivnost		7	6	5
Konekcija i druženje sa porodicom	Slobodno vrijeme		10	6	5
Odlazak na posao	Produktivnost		9	4	3

### **Ocjene i rezultati:**

### Ukupan prosjek (Initial score):

Važnost (Importance):  $(9+10+8+8+7+10+9)/7 = 8.71$

Performans (Performance):  $(5+4+5+5+6+6+4)/7 = 5.0$

Zadovoljstvo (Satisfaction):  $(4+3+4+4+5+5+3)/7 = 4.0$

Klijentica smatra sve **aktivnosti** vrlo važnim (prosjek **8.71**)

**Performans** je srednji (prosjek **5.0**), što pokazuje da postoje značajne poteškoće u obavljanju aktivnosti zbog separacijske anksioznosti

**Zadovoljstvo** je niže (prosjek **4.0**), što ukazuje na nezadovoljstvo vlastitim učinkom i mogućim uticajem anksioznost

### 3. BAI - Beck Anxiety Inventory (za klijenticu T.)

Simptom (BAI)	Bodovi (0-3)	Objašnjenje
Trnci ili trnjenje	1	Povremeno, blago izraženo
Nemir / osjećaj napetosti smiruje	3	Stalni unutrašnji nemir, teško se smiruje
Neprirodan strah izražen	3	Strah od separacije,
Osjećaj da će se nešto loše dogoditi	3	Katastrofične misli stalno prisutne
Nemogućnost da se opusti	3	Teško se opušta u svakodnevnim situacijama
Osjećaj nesigurnosti / gubitka kontrole partnera	3	Visoka zabrinutost i traženje potvrde
Srčani lupanj	3	Česte palpitacije u stresnim situacijama
Znojenje	0	Nije prisutno
Drhtanje	1	Povremeno prisutno

Osjećaj gušenja / teškoće sa disanjem anksioznim situacijama	3	Često osjeća nedostatak zraka u
Mučnina / probavne tegobe	0	Nije prisutno
Vrtoglavica / nestabilnost	0	Nije prisutno
Strah od smrti	0	Nije prisutno
Osjećaj unutrašnjeg nemira	3	Stalno prisutno, teško kontrolisati
Napetost mišića dominantna	2	Povremeno prisutna, ali manje
Problemi sa koncentracijom fokus	2	Ruminativne i intruzivne misli ometaju
Osjećaj bespomoćnosti	1	Povremeno
Strah od gubitka kontrole nad sobom	2	Povremeno prisutan
Napadi panike / strah od napada	1	Povremeno, blago izraženo
Nesanica / problemi sa snom napetosti	2	Povremeni problemi sa snom zbog
Bol u prsima / nelagoda u tijelu	1	Blaga nelagoda

**Ukupni rezultat: 37 / 63 → visoka anksioznost**

Rezultat (bodovi) – nivo anksioznosti:

0–7 → Niska anksioznost

8–15 → Blaga anksioznost

16–25 → Umjerena anksioznost

26–63 → Visoka anksioznost

### **5.2.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija**

Nakon završetka terapijskog programa, klijentica T. je ponovo testirana kako bi se procijenili efekti psihoterapijskih i okupacionih intervencija. Rezultati pokazuju značajno poboljšanje u više domena. Na ECR-R testu, anksioznost u vezivanju smanjena je s 6.1 (visoko) na 3.8 (srednje), dok je izbjegavanje bliskosti ostalo nisko (2.3 → 2.0), što ukazuje na primjetno smanjenje anksiozno-separacijskog straha i veću sigurnost u interpersonalnim odnosima te emocionalnu stabilnost. Procjena funkcionalnosti kroz COPM pokazuje poboljšanja u svakodnevnim aktivnostima: važnost aktivnosti ostala je visoka (8.71 → 8.9), performans se povećao s 5.0 na 7.0, a zadovoljstvo s 4.0 na 6.5, što pokazuje veću samostalnost, efikasnije planiranje zadataka i povećano zadovoljstvo vlastitim učincima. Anksioznost mjerena BAI-jem smanjila se s 37/63 (visoka) na 22/63 (umjerena), što se odražava kroz stabilniju koncentraciju, smanjene fizičke simptome napetosti te bolju sposobnost samoregulacije. Subjektivni doživljaj aktivnosti klijentice također je značajno poboljšan – ocjena s 2/10 porasla je na 8/10, što odražava veće samopouzdanje, osjećaj kontrole i zadovoljstvo u svakodnevnim zadacima. Sveukupno, retestiranje u velikoj mjeri potvrđuje da su psihoterapijske i okupacione intervencije u multidisciplinarnom pristupu značajno doprinijele poboljšanju emocionalne regulacije i funkcionalnosti klijentice, pri čemu je najizraženiji napredak vidljiv u smanjenju anksioznosti u vezivanju, omogućavajući sigurnije interpersonalne kontakte i veći osjećaj kontrole nad svakodnevnim aktivnostima.

### **5.2.8 Kritička diskusija studije slučaja 2: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu**

Studija slučaja T. pokazuje da kombinacija psihodinamskog pristupa i okupacione terapije dovodi do vidljivog poboljšanja funkcionalnog kapaciteta klijentice. Aktivnosti vezane za samostalnost, školu, posao i socijalnu interakciju su unaprijeđene, što potvrđuju rezultati COPM testiranja i opažanja tima. Multidisciplinarni rad psihoterapeuta i okupacionog terapeuta omogućio je praktičnu primjenu terapijskih strategija, smanjenje simptoma separacijske anksioznosti i povećanje osjećaja kompetentnosti u svakodnevnim zadacima.

Na ECR-R testu zabilježeno je smanjenje anksioznosti u vezivanju sa 6.1 (visok nivo) na 3.8 (umjeren nivo), dok je izbjegavanje bliskosti ostalo stabilno nisko (2.3 → 2.0). Ovi nalazi

ukazuju na značajno smanjenje separacijske anksioznosti i poboljšanje u doživljaju sigurnosti u interpersonalnim odnosima, uz prisutne rezidualne elemente anksioznog obrasca vezivanja.

Međutim, napredak je dokumentovan prvenstveno kroz predvidive i strukturirane aktivnosti, dok su složene, nepredviđene situacije i neočekivani stresori ostali manje evaluirani. Takve situacije, koje su u realnom životu česte – hitne obaveze, promjene rasporeda i konfliktne interpersonalne situacije – mogu dodatno testirati sposobnost samoregulacije, adaptacije i primjene naučenih strategija. Odsustvo sistematskog praćenja funkcionalnosti u tim kontekstima ograničava uvid u trajni kapacitet klijentice da se nosi sa stvarnim životnim izazovima.

Psihodinamske promjene bile su implicitno prisutne u terapijskom procesu, ali nisu kvantitativno ni kvalitativno sistematski dokumentovane. Nije jasno prikazan napredak u domenu emocionalne obrade, motiva, uvida, samosvijesti i empatije. S obzirom na prirodu psihodinamskog pristupa, koji zahtijeva duži terapijski kontinuitet za obradu ranih iskustava i emocionalnih konflikata, moguće je da se dio promjena još uvijek nalazi u procesu integracije ili da funkcionalni napredak može oscilirati u odsustvu kontinuirane podrške.

Također, separacijska anksioznost ne može se isključivo tumačiti kroz stil vezivanja. Faktori poput temperamenta, kognitivnih obrazaca, prethodnih životnih iskustava i porodične dinamike značajno doprinose simptomima, što ukazuje da funkcionalni napredak nije rezultat samo promjena na ECR-R skali, već interakcije više faktora i multidisciplinarnih intervencija.

Jedno od ključnih ograničenja studije je odsustvo longitudinalnog praćenja, što onemogućava procjenu dugoročne stabilnosti funkcionalnih i psihodinamskih promjena. Bez takvog praćenja nije moguće sa sigurnošću utvrditi trajnu primjenu naučenih strategija, prevenciju relapsa niti razvoj dubljih psihodinamskih struktura koje zahtijevaju duži vremenski period.

Prednost studije leži u jasno demonstriranoj efikasnosti multidisciplinarnog pristupa: unaprijeđena samostalnost, uspješnija implementacija strategija u svakodnevne aktivnosti i smanjenje subjektivnog stresa klijentice. S druge strane, ograničenja uključuju nedovoljno ispitanu prilagodljivost u nepredviđenim situacijama, neprocijenjene psihodinamske promjene i kratkoročnu perspektivu bez longitudinalnog praćenja.

Zaključno, rezultati studije slučaja T. su u velikoj mjeri konzistentni s praktičnom i teorijskom vrijednosti sinhronizovanog rada psihoterapeuta i okupacionog terapeuta u tretmanu separacijske anksioznosti, uz jasnu potrebu za dugoročnim praćenjem i dodatnim terapijskim

radom radi postizanja stabilnije psihodinamske i funkcionalne integracije, naročito u složenim i nepredviđenim životnim situacijama.

### **5.3 Studija slučaja 3 – Socijalni anksiozni poremećaj**

#### **5.3.1 Anamneza, klinička slika**

##### **Anamneza**

#### **5.3.2 Funkcionalno stanje i procjena funkcionisanja**

Klijent K. pokazuje smanjenu funkcionalnost u većini životnih domena. U samopomoći i brizi o zdravlju, inicijativa i zadovoljstvo obavljanjem aktivnosti su prosječni, dok u akademskim i profesionalnim obavezama (fakultet, učenje, odlazak na posao) performans i zadovoljstvo su značajno smanjeni zbog straha od procjene i anksioznosti.

U društvenim i porodičnim aktivnostima, klijent održava minimalnu participaciju, izražavajući ograničeno zadovoljstvo u održavanju prijateljstava i zajedničkim aktivnostima s porodicom. Psihološki, nisko samopoštovanje (RSES 18/40) dodatno pojačava samokritičnost, povlačenje i emocionalnu nelagodu. Porodično i socijalno okruženje pogođeno je njegovom izolacijom, što izaziva zabrinutost kod članova porodice. U svakodnevnim produktivnim zadacima, poput kućnih obaveza i kuhanja, inicijativa je umjerena, dok osjećaj kompetentnosti i zadovoljstvo ostaju nisko do umjereno.

Sveukupno, prosječni performans u važnim životnim aktivnostima je 5/10, dok je zadovoljstvo 4/10, što ukazuje na značajna ograničenja u svakodnevnom funkcionisanju i nisku kvalitetu subjektivnog iskustva aktivnosti. Ove teškoće potvrđuju potrebu za integriranom intervencijom koja uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i okupacionu terapiju radi podrške funkcionalnom oporavku i povećanja socijalne i akademske participacije.

Za potrebe studije slučaja, rezultati su prikazani u kontekstu klijenta K. važnih aktivnosti, pri čemu nisu mijenjana pitanja ili struktura testa, već su "aktivnosti prilagođene njegovim svakodnevnim iskustvima, što je u skladu s praksom prevođenja i kulturne adaptacije COPM-a" (Larsen, Morville, & Hansen, 2019).

Rezultate vidjeti u dijelu: Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti. Za potrebe ovog istraživanja korištena je originalna struktura instrumenta uz prevod na bosanski jezik.

[https://www.recoveryanswers.org/assets/rosenberg\\_self-esteem\\_scale.pdf?utm\\_source](https://www.recoveryanswers.org/assets/rosenberg_self-esteem_scale.pdf?utm_source)

### **5.3.3 ICP plan – Socijalni anksiozni poremećaj (Farmakoterapija + Psihoterapija + Okupaciona terapija)**

Za klijenta K., cilj integriranog multidisciplinarnog plana (ICP) je smanjenje socijalne anksioznosti na funkcionalnu razinu, povećanje samoprihvatanja i emocionalne sigurnosti te aktivno sudjelovanje u svakodnevnim, akademskim i socijalnim aktivnostima. Farmakoterapija je predložena zbog visokog intenziteta fizioloških simptoma (ubrzan rad srca, drhtavica, znojenje) i značajnog funkcionalnog oštećenja, kako bi se smanjila anksioznost i omogućilo učinkovitije uključivanje u psihoterapijski i okupacioni rad. Psihoterapijski pristup je integrativan, kombinira CBT, humanistički pristup i mindfulness, jer omogućava praktične strategije suočavanja s disfunkcionalnim mislima, podržava emocionalnu sigurnost i samoprihvatanje te pomaže klijentu da kontrolira fiziološke i emocionalne reakcije u socijalnim situacijama. Okupaciona terapija fokusira se na funkcionalnu i socijalnu uključenost kroz postepeno uključivanje u društvene, akademske i svakodnevne aktivnosti, strukturirane vježbe i samostalno planiranje aktivnosti. Napredak se prati kroz SPIN, dnevnik anksioznosti, COPM (performans i zadovoljstvo) i timsku evaluaciju, a integracija svih komponenti omogućava koordiniran, holistički pristup u kojem napredak u jednoj disciplini podržava druge i osigurava održavanje novih vještina.

*Sedmični ICP plan za klijenta K.:* 1 psihoterapijska sesija, 1 OT sesija za socijalne i akademske aktivnosti, uz koordinirane konsultacije s psihijatrom i praćenje napretka kroz SPIN, COPM i dnevnik aktivnosti.

### **5.3.4 Farmakoterapija**

Na osnovu kliničke procjene, psihijatar indicira uvođenje farmakoterapije iz grupe selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI), sertralin ili escitalopram (citram), zbog izražene socijalne anksioznosti i pratećih fizioloških simptoma. Propisan je sertralin u početnoj dozi od 25 mg dnevno tokom prvih 7 dana, uz povećanje na 50 mg dnevno.

Klijentu je preporučeno redovno uzimanje terapije ujutro, uz informisanje o mogućim početnim nuspojavama (blaga mučnina, nemir, promjene sna), koje se obično povlače unutar

prve 1–2 sedmice. Terapijski učinak očekuje se nakon 2–4 sedmice, dok se puni efekt razvija kroz 6–8 sedmica kontinuirane primjene.

Bridge terapija s anksiolitikom (npr. Lorazepam 0,5–1 mg uzeti 15–30 minuta prije npr. prezentovanja), obično se primjenjuje samo po potrebi u početnoj fazi liječenja SSRI-jem, za ublažavanje izraženih simptoma socijalne anksioznosti u specifičnim situacijama, i traje 1 do 4 sedmice, s naglaskom na kratkotrajnu uporabu zbog rizika navikavanja.

Kontrolni pregled zakazan je nakon 2–3 sedmice radi procjene tolerancije i prvih efekata, a zatim u intervalima od 4–6 sedmica. U nalazu je naglašena važnost kombinacije farmakoterapije s psihoterapijom i okupacionom terapijom, uz cilj smanjenja simptoma i poboljšanja funkcionalnog uključivanja u svakodnevne i socijalne aktivnosti.

### **5.3.5 Psihoterapijski plan**

Psihoterapijski rad za klijenta K. zasniva se na integrativnom pristupu koji kombinira CBT, humanistički pristup i mindfulness tehnike. Cilj terapije je smanjenje socijalne anksioznosti, povećanje samoprihvatanja i emocionalne sigurnosti te osiguravanje praktičnih strategija za svakodnevne, socijalne i akademske situacije.

Terapija počinje detaljnom procjenom i stabilizacijom, uključujući identifikaciju situacija koje izazivaju anksioznost, upoznavanje klijenta s principima CBT-a, humanističkog pristupa i mindfulness vježbama, te vođenje dnevnika socijalnih interakcija i praćenje fizioloških simptoma. Klijent uči prepoznavati i izazivati disfunkcionalne misli, zamjenjivati negativne automatske interpretacije realističnijim procjenama te se postepeno izlaže socijalnim situacijama uz podršku terapeuta. Mindfulness tehnike jačaju prisutnost u sadašnjem trenutku i kontrolu emocija.

Seanse su organizirane tako da klijent bude u središtu procesa, pri čemu se njegova osjećanja velikoj mjeri validiraju. Terapeut klijenta bezuvjetno pozitivno prihvata, bez ikakve osude, što je kongruentno s njegovim doživljajem i izraženim iskustvima. U takvom procesu klijent razvija samosvijest, prepoznaje svoje potencijale i samostalno otkriva put ka promjenama. Empatija i autentičnost terapeuta podržavaju klijenta u aktivnom istraživanju svojih sposobnosti i jačanju emocionalne otpornosti.

Ovaj integrativni pristup omogućava da napredak u jednoj komponenti terapije podržava druge aspekte klijentovog funkcionisanja, osiguravajući koordinirani i holistički tretman socijalne anksioznosti, funkcionalnih ograničenja i emocionalne nesigurnosti.

### **5.3.6 Plan i implementacija OT intervencija**

Plan okupacione terapije za klijenta K. temelji se kroz KBT-orijentisane, intervencije zasnovane na mindfulness-u i humanističke intervencije, s ciljem povećanja funkcionalnosti, samopouzdanja i socijalnog uključivanja. Intervencije su osmišljene tako da klijent ne samo razumije svoje obrasce ponašanja, već i praktično primjenjuje nove strategije u svakodnevnom i socijalnom okruženju, čime se postiže osjećaj kompetencije i emocionalne otpornosti.

Terapija uključuje aktivacione svakodnevne aktivnosti, gdje klijent planira i realizira dnevne zadatke, kućanske obaveze i akademske zadatke. Svaki uspješno realizirani zadatak dokumentira se u dnevniku aktivnosti, uz refleksiju o emocijama i postignutom napretku. Takve aktivnosti omogućavaju klijentu da osjeti uspjeh i povećava osjećaj samostalnosti, kompetentnosti i kontrole nad životom, što dugoročno doprinosi smanjenju depresivnih simptoma i jačanju samopouzdanja.

Komunikacija i socijalna suradnja su integrirane kroz strukturirane vježbe prezentacijskih vještina i socijalnog ponašanja u grupi. Klijent uvježbava javni nastup, izražavanje ideja i sudjelovanje u razgovoru, uz podršku terapeuta i aktivnu povratnu informaciju. Ove aktivnosti omogućavaju klijentu da razbije tremu, poveća samopouzdanje i razvije asertivne i socijalne vještine, što direktno doprinosi aktivnom uključivanju u društvene situacije.

Kroz KBT-orijentirane i dirigovane vježbe, klijent identificira negativne misli i automatske interpretacije te ih zamjenjuje realističnijim procjenama. Socijalne situacije i prezentacije uvježbavaju se kroz simulacije i praktične zadatke, pri čemu klijent kontinuirano prepoznaje vlastiti napredak i osjeća postignuće.

Intervencije uključuju i aktivacione kreativne i razvojne zadatke, poput vođenja projekata i rješavanja praktičnih problema, koji potiču prepoznavanje i razvoj potencijala. Takve aktivnosti dodatno jačaju osjećaj kompetencije i motivaciju za aktivno sudjelovanje u r  
Komunikacija i socijalna suradnja razvijaju se kroz strukturirane vježbe prezentacijskih vještina i socijalnog ponašanja u grupi. Klijent uvježbava izražavanje ideja, vođenje razgovora

i sudjelovanje u interakcijama, uz podršku terapeuta i usmjerenu povratnu informaciju. Prije i tijekom ovih aktivnosti, koriste se regulatorne, relaksacione i mindfulness tehnike, uključujući kontrolu disanja, progresivnu mišićnu relaksaciju i vježbe svjesne prisutnosti, kako bi klijent bio emocionalno stabilan, smanjio tremu i anksioznost te učinkovito primijenio naučene strategije u stvarnim situacijama. različitim životnim domenama.

Kroz cijeli proces, humanistički pristup stavlja klijenta u središte, bezuvjetno validira njegova osjećanja i stvara siguran kontekst za razvoj samosvijesti i samopouzdanja. Aktivacione i KBT-intervencije, zajedno s praksom komunikacije i socijalne suradnje, omogućavaju klijentu da postepeno jača emocionalnu otpornost i funkcionalnu autonomiju.

### 5.3.6 Metodološki materijali i evaluacijski instrumenti.

#### 1. SPIN (Social Phobia Inventory - rezultat 38)

Upute: Za svaku izjavu označi koliko je tačna za tebe u posljednjih nekoliko sedmica:

0 = Uopće nije tačno, 1 = Malo tačno, 2 = Umjereno tačno, 3 = Jako tačno, 4 = Vrlo jako tačno

	Izjava	Ocjena
1	Bojim se ljudi koji imaju autoritet nadamnom.	2
2	Nervira me crvenjenje pred drugim ljudima.	3
3	Društveni događaji i zabave me plaše.	3
4	Izbjegavam razgovor sa ljudima koje ne poznajem.	2
5	Snalazak da budem kritikovan/a me jako plaši.	3
6	Izbjegavam raditi ili govoriti pred drugima iz straha od posramljivanja.	2
7	Znojenje pred drugim ljudima mi stvara nelagodu.	1
8	Osjećam fizičke simptome (drhtanje, ubrzan rad srca) kad sam među ljudima.	1
9	Izbjegavam aktivnosti u kojima sam u centru pažnje.	2
10	Razgovor s nepoznatim osobama me plaši.	3
11	Izbjegavam držanje govora ili prezentacija.	2
12	Uradio/la bih bilo šta da izbjegnem kritiku.	2

13	Srce mi ubrzano lupa kad sam okružen/a ljudima.	3
14	Plašim se da radim stvari dok me drugi gledaju.	2
15	Strah od posramljivanja ili izgledanja glupo je među mojim najvećim strahovima.	2
16	Izbjegavam govoriti ili se obraćati ljudima na položajima autoriteta.	2
17	Drhtanje ili podrhtavanje pred drugima mi stvara nelagodu.	3

### Zbroj ocjena

$$2 + 3 + 3 + 2 + 3 + 2 + 1 + 1 + 2 + 3 + 2 + 2 + 3 + 2 + 2 + 2 + 3 = 38$$

### Bodovanje:

0–19 → Niska socijalna anksioznost

20–39 → Umjerena socijalna anksioznost

≥40 → Teška (visoka)

Rezultat 38 ukazuje na umjerenu do visoku socijalnu anksioznost.

Simptomi su dovoljno izraženi da ometaju svakodnevne aktivnosti i društvene interakcije, pa je opravdano uključivanje psihoterapijskih intervencija i razmatranje konsultacije sa psihijatrom

### 1. Canadian Occupational Performance Measure – COPM

Molimo Vas da ocijenite koliko dobro obavljate svaku aktivnost (Performansa) i koliko ste zadovoljni svojim obavljanjem te aktivnosti (Zadovoljstvo) na skali od **1 do 10**:

1 = potpuno nezadovoljstvo / potpuni nedostatak sposobnosti

10 = vrlo zadovoljni / vrlo dobra sposobnost

Identifikacija aktivnosti (popunjeno) – Klijent K.

Aktivnost	Kategorija	Važnost	Performans	Zadovoljstvo
1. Briga o sebi, higijena i zdravlje	Self-care	9	5	4
2. Odlazak na fakultet i učenje	Productivity	10	4	3
3. Sudjelovanje u društvenim aktivnostima i održavanje prijateljstva	Leisure	8	5	4
4. Bavlanje kućnim zadacima i organizacija svakodnevnih obaveza	Productivity	8	5	4
5. Kuhanje	Productivity	7	6	5
6. Konekcija i druženje sa porodicom	Leisure	10	6	5
7. Odlazak na posao	Productivity	9	4	3

Ocjene i rezultati

**Ukupan prosjek (Initial score):**

Važnost (Importance):  $(9+10+8+8+7+10+9)/7 = 8.71$

Performans (Performance):  $(5+4+5+5+6+6+4)/7 = 5.0$

Zadovoljstvo (Satisfaction):  $(4+3+4+4+5+5+3)/7 = 4.0$

**2. Rosenbergova skala samopoštovanja (RSES) (Rosenberg, 1965)**

Instrukcije: U nastavku su izjave o Vašim općim osjećajima prema sebi. Molimo Vas da označite koliko se slažete ili ne slažete s svakom izjavom koristeći skalu:

1 – U potpunosti se ne slažem

2 – Ne slažem se

3 – Slažem se

4 – U potpunosti se slažem

**Izjave:**

1. Osjećam da sam osoba vrijedna koliko i druge. – 2
2. Ponekad mislim da nisam dobar/la ni za što. – 4 (obrnuto bodovanje)
3. Osjećam da imam niz dobrih osobina. – 2
4. U stanju sam raditi stvari jednako dobro kao i većina drugih. – 2
5. Osjećam da nemam mnogo čime da se ponosim. – 3 (obrnuto bodovanje)
6. Ponekad se osjećam beskorisno. – 3 (obrnuto bodovanje)
7. Osjećam da sam osoba vrijedna, barem jednaka drugima. – 2
8. Volio/la bih da imam više poštovanja prema sebi. – 4 (obrnuto bodovanje)
9. Sve u svemu, sklona sam osjećaju da sam neuspjeh. – 3 (obrnuto bodovanje)
10. Imam pozitivan stav prema sebi. – 2

**Rezultati i bodovanje:**

10–20 → nisko samopoštovanje

21–30 → umjereno

31–40 → visoko

Skor **18/40** znači **nisko samopoštovanje**.

**5.3.7 Evaluacija ishoda terapijskih intervencija**

Klijent K. je tokom terapijskog procesa pokazao značajno smanjenje simptoma socijalne anksioznosti, što je rezultat kombinacije psihoterapijskih i okupacionih intervencija, uz podršku farmakoterapije. Psihoterapijski rad se fokusirao na KBT tehnike, mindfulness i humanistički pristup, što je omogućilo klijentu K. da prepozna i modifikuje disfunkcionalne misli, razvije bolje strategije suočavanja sa socijalnim situacijama i poveća emocionalnu regulaciju. Rosenbergova skala samopoštovanja je porasla sa 18/40 na 28/40, reflektujući jačanje samopouzdanja i samoprihvatanja. Psihijatrijska procjena nakon 12 sedmica farmakoterapije potvrdila je dobar terapijski odgovor na prvu liniju antidepressiva, uz smanjenje SPIN skora sa 38 na 22 ( $\approx 42$ ). Redukcija SPIN skora od približno 42% predstavlja klinički značajno poboljšanje, budući da Connor i saradnici (2000) povezuju kategoriju “much improved“ sa smanjenjem simptoma od oko 44% do 53%. Dakle, farmakoterapija je doprinela smanjenju intenziteta anksioznih simptoma i fizičkih manifestacija, omogućivši klijentu K. da

aktivno učestvuje u psihoterapijskim i okupacionim aktivnostima, stvarajući stabilnu osnovu za primenu terapijskih tehnika i ubrzavajući funkcionalni napredak. Okupaciona terapija bila je fokusirana na praktičnu primenu stečenih uvida u svakodnevni život, uključujući socijalne interakcije, organizaciju dnevnih zadataka i aktivnosti samostalnosti. Rezultati COPM-a pokazali su da klijent K. pokazuje značajan napredak: Važnost aktivnosti ostala je visoka (8,71 → 8,7), performans se povećao s 5,0 na 7,0, a zadovoljstvo s 4,0 na 6,5, što ukazuje na veću samostalnost, efikasnije planiranje zadataka i veće zadovoljstvo vlastitim učincima

Kombinacija ovih intervencija dovela je do poboljšanja funkcionalnog kapaciteta, smanjenja simptoma socijalne anksioznosti i povećanja samopoštovanja, a farmakoterapija je stvorila povoljne uslove za kontinuirani napredak. Preporuka tima je nastavak održavanja stečenih vještina, dodatni rad na socijalnoj ekspoziciji i primeni strategija samopomoći, uz periodično praćenje efekata farmakoterapije radi optimizacije terapijskog učinka.

### **5.3.8 Kritička diskusija studije slučaja 3: efekti okupacione terapije u multidisciplinarnom tretmanu anksioznosti**

Kritička diskusija studije slučaja 3 analizira efekte okupacione terapije u kontekstu multidisciplinarnog tretmana socijalne anksioznosti kod klijenta K. Rezultati pokazuju da OT značajno doprinosi povećanju funkcionalne nezavisnosti, samopouzdanja i socijalnog uključivanja kada je integrisana sa psihoterapijom i farmakoterapijom. Kroz strukturiranu praktičnu primjenu dnevnih aktivnosti, socijalne simulacije i individualne zadatke, klijent K. je postepeno povećavao performans u ključnim životnim domenima, što se ogleda u poboljšanim COPM rezultatima (performans 5 → 7; zadovoljstvo 4 → 6,5) i subjektivnom osjećaju kompetentnosti. OT omogućava klijentu da stečena psihoterapijska saznanja primijeni u stvarnim životnim situacijama, čime se povećava generalizacija vještina i dugoročna održivost postignutog napretka. Aktivacione zadatke i struktura dnevnih aktivnosti povećavaju osjećaj kompetentnosti i kontrole, direktno doprinoseći smanjenju anksioznosti i depresivnih simptoma, dok grupne i individualne vježbe socijalnih vještina stvaraju siguran kontekst za socijalnu ekspoziciju i jačanje emocionalne otpornosti. Farmakoterapija je stvorila stabilnu osnovu koja je omogućila aktivnu implementaciju OT, dok napredak u OT podržava efikasnost psihoterapijskih intervencija.

Efikasnost OT zavisi od aktivnog učešća klijenta, a primjena vještina u nepredviđenim situacijama može zahtijevati dodatnu podršku. Intenzitet i vremenska potrošnja multidisciplinarnog ICP plana zahtijevaju koordinaciju psihoterapije, farmakoterapije i OT, što može biti zahtjevno za klijenta i tim. Rezultati studije fokusirani su na jednog klijenta K. i sadašnje osjećaje, a ne na šire uzorke djece ili adolescenata sa niskim samopouzdanjem, što ograničava mogućnost generalizacije nalaza.

Kroz psihodinamsku prizmu, simptomi socijalne anksioznosti klijenta K. mogu se djelimično razumjeti kao rezultat intrapsihičkih konflikata i ranih obrazaca privrženosti. Terapijski rad omogućio je klijentu da postane svjestan unutrašnjih motivacija i podsvesnih strahova od kritike i odbacivanja, što je integrisano u psihoterapijski i OT rad. Ova svijest pomogla je klijentu da rekonstruiše emocionalne reakcije i postepeno povećava samopouzdanje i sposobnost socijalne ekspozicije.

Ukupno, okupaciona terapija u multidisciplinarnom tretmanu pokazala se kao ključna za funkcionalno uključivanje i jačanje samopouzdanja klijenta K., dok integracija psihoterapije, OT i farmakoterapije omogućava koordinirani i holistički pristup. Psihodinamski uvid pruža dodatnu perspektivu na unutrašnje psihološke mehanizme koji utiču na socijalnu anksioznost, objašnjavajući zašto klijent reaguje na intervencije i kako prethodni obrasci privrženosti i intrapsihički konflikti doprinose niskom samopouzdanju, a istovremeno otvaraju prostor za dugoročni razvoj funkcionalnih i socijalnih vještina.

## **6. Komparativna analiza rezultata**

Komparativna analiza rezultata ima za cilj uporediti efekte različitih intervencija (psihoterapijskih, farmakoloških i okupaciono-terapijskih) na funkcionalnost, emocionalno stanje i kvalitet života klijenata. Analiza uključuje sličnosti, razlike i efektivnost intervencija u multidisciplinarnom kontekstu.

### **6.1. Uporedni prikaz intervencija:**

#### **Evaluacija ishoda terapijskih intervencija – tri studije slučaja**

U analizi tri studije slučaja, jasno se uočavaju razlike u učinkovitosti terapijskih pristupa, čak i kada su svi klijenti bili uključeni u multidisciplinarni tim koji je uključivao psihoterapeuta i okupacionog terapeuta.

### **1. Klijentica M.Z. - Psihoterapija i okupaciona terapija**

Kod M.Z. postignuti su najbolji i najmjerljiviji rezultati u smanjenju anksioznosti i funkcionalnom napretku zbog kraćeg vremenskog okvira. BAI je smanjen sa 22 na 12 bodova (-45,5%), što predstavlja najveće smanjenje simptoma među sve tri studije. STAI i HADS takođe pokazuju značajno smanjenje anksioznosti. Funkcionalnost klijentice se poboljšala kroz povećanje performansa i zadovoljstva u COPM testiranju, a subjektivni osjećaj poboljšanja bio je visok i trajno održan (8/10).

Obrazloženje uspjeha: M.Z. je radila kroz KBT pristup u kombinaciji sa okupacionom terapijom, što omogućava direktno, strukturirano i ciljano poboljšanje svakodnevnih aktivnosti, samopouzdanja i socijalne uključenosti. KBT daje brze, kvantitativno mjerljive rezultate, dok OT omogućava praktičnu primjenu naučenih strategija. Funkcionalni napredak kod M.Z. pokazuje kako direktne intervencije na ponašanju i dnevnim zadacima mogu brzo poboljšati životnu funkcionalnost klijenta.

### **2. Klijentica T. - Psihodinamska psihoterapija i okupaciona terapija**

Kod klijentice T. smanjenje simptoma anksioznosti je također evidentno, ali je funkcionalni napredak bio sporiji i manje mjerljiv funkcionalni napredak u datom vremenskom okviru. BAI je smanjen sa 37 na 22 (-15 bodova; 40,5%), dok su ECR-R rezultati pokazali umjereno poboljšanje u anksioznosti privrženosti, a izbjegavanje privrženosti je gotovo ostalo nepromijenjeno. Funkcionalnost i zadovoljstvo u COPM testiranju pokazali su minimalne promjene, dok je subjektivni osjećaj poboljšanja bio fokusiran na emocionalnu regulaciju i sigurnost u vezama.

Obrazloženje: iako je i ovdje bio prisutan multidisciplinarni tim, primarni psihodinamski rad fokusirao se na unutrašnje konflikte i emocionalnu integraciju, a ne na direktnu promjenu ponašanja i svakodnevnih aktivnosti. Okupaciona terapija je doprinosila funkcionalnosti, ali njen efekat bio je ograničen jer psihodinamska psihoterapija ne pruža strukturirane, behavioralne intervencije poput KBT-a. Kao rezultat toga, funkcionalnost klijentice T. se poboljšala sporije i u manjoj mjeri nego kod M.Z.

### **3. Klijent K. - Psihoterapija, okupaciona terapija i farmakoterapija**

Kod klijenta K. zabilježeno je značajno smanjenje anksioznosti (SPIN: 38 → 22, -42%) i poboljšanje funkcionalnosti u svakodnevnim aktivnostima, uključujući COPM performans i zadovoljstvo. Ipak, rezultati nisu bili vodeći među tri studije slučaja.

Obrazloženje: farmakoterapija u kombinaciji s KBT, mindfulnessom i humanističkim pristupom smanjila je fizičke simptome i olakšala rad klijenta u terapijskom procesu, ali sama po sebi, iako je često neophodan predušlov za uključivanje u terapiju, ne garantuje najveći funkcionalni napredak. Najveći efekt na svakodnevne aktivnosti i samopouzdanje postiže se direktnim, strukturiranim intervencijama kroz KBT i OT. Dodatno, u ovoj studiji slučaja primijenjen je humanistički pristup koji stavlja klijenta u središte pažnje i oslanja se na kvalitetno uspostavljenu terapeutsku alijansu. Budući da se terapijski proces odvijao tijekom 12 tjedana, potpuna dubina povjerenja između klijenta i terapeuta još se nije mogla razviti, pa ključni principi humanističkog pristupa: empatija, bezuvjetno pozitivno prihvaćanje i kongruencija, nisu u velikoj mjeri došli do izražaja.

Analiza tri studije slučaja ukazuje na značajne razlike u terapijskim ishodima, uprkos činjenici da su svi klijenti bili uključeni u multidisciplinarni tretman koji je obuhvatao psihoterapiju i okupacionu terapiju, a u jednoj studiji i farmakoterapiju. Ovi rezultati mogu se razumjeti kroz koncept slojevitog djelovanja terapijskih intervencija.

Farmakoterapija prvenstveno djeluje na prvi sloj promjene, koji se odnosi na stabilizaciju simptoma. Primjena antidepresiva smanjuje fiziološku hiperaktivaciju, emocionalnu napetost i intenzitet anksioznosti, čime se klijentu omogućava veća psihička stabilnost i spremnost za uključivanje u psihoterapijski proces. Ipak, iako je u studiji slučaja s uključenom farmakoterapijom zabilježeno značajno smanjenje simptoma, funkcionalni napredak nije bio vodeći u odnosu na druge dvije studije. Razlog tome leži u činjenici da lijekovi ne dovode sami po sebi do dubljih psiholoških promjena, poput razvoja stabilnog samopouzdanja, transformacije relacijskih obrazaca i razrade potisnutih emocija, koje su ključne za dugoročno funkcionisanje.

Psihoterapija i okupaciona terapija zajednički djeluju na drugi i treći sloj promjene. Na drugom sloju dolazi do restrukturiranja maladaptivnih kognitivnih i emocionalnih obrazaca te smanjenja izbjegavajućih ponašanja, dok treći sloj obuhvata dublje promjene u ličnosti, uključujući razradu nesvjesnih konflikata, transformaciju relacijskih obrazaca i jačanje identiteta i samopouzdanja. Okupaciona terapija ima ključnu ulogu u ovom procesu jer omogućava integraciju psihoterapijskih uvida u svakodnevne aktivnosti i socijalnu participaciju, čime se postiže održiva funkcionalna promjena.

U poređenju prve i druge studije slučaja, iako su obje uključivale psihoterapiju i okupacionu terapiju, studija u kojoj je primijenjen kognitivno-biheviornalni pristup (KBT) pokazala je veći

funkcionalni napredak u odnosu na studiju s psihodinamskom psihoterapijom. Ključni faktor koji je doprinio ovoj razlici jeste kratkoročni vremenski okvir tretmana (10–12 seansi), unutar kojeg KBT, zbog svoje strukturiranosti, direktivnosti i usmjerenosti na sadašnji trenutak, omogućava brzu identifikaciju i modifikaciju disfunkcionalnih misli i ponašanja. Ovakav pristup rezultira relativno brzim smanjenjem simptoma anksioznosti i unapređenjem svakodnevne funkcionalnosti, dodatno podržanim intervencijama okupacione terapije koje omogućavaju praktičnu primjenu usvojenih strategija. Ipak, važno je naglasiti da se ovdje uočena veća efikasnost odnosi primarno na kontekst kratkoročnog tretmana, te ne umanjuje značaj drugih terapijskih pravaca, posebno psihodinamskog pristupa, koji kroz dublje istraživanje unutrašnjih obrazaca, konflikata i nesvjesnih procesa može imati ključnu ulogu u dugoročnom razumijevanju i integraciji psihičkog funkcionisanja. Dakle, zbog ograničenog broja seansi, drugoj studiji slučaja su zabilježena poboljšanja u emocionalnoj regulaciji i uvidu, ali su funkcionalni rezultati bili manje izraženi u odnosu na KBT pristup.

Studija slučaja s uključenom farmakoterapijom dodatno podržava teorijsko uporište da smanjenje simptoma na prvom sloju nije dovoljno za postizanje najboljih funkcionalnih ishoda. Psihoterapija u ovom slučaju bila je primarno usmjerena na sadašnji trenutak i simptomatsko olakšanje, bez dubljeg rada na razvoju samopouzdanja i transformaciji relacijskih obrazaca. Kao rezultat toga, iako je došlo do poboljšanja, izostao je vodeći funkcionalni napredak u odnosu na studije u kojima su psihoterapija i okupaciona terapija snažnije djelovale na dublje slojeve promjene.

Dakle, rezultati tri studije slučaja potvrđuju da:

Farmakoterapija efikasno djeluje na prvi sloj stabilizacije simptoma i često je neophodna za uvođenje u psihoterapiju i OT, ali sama po sebi ne garantuje najbolje funkcionalne ishode. Također, njenoj primjeni potrebno je pristupiti s dozom opreza, uz kontinuirano praćenje stanja pacijenta, njegovog individualnog odgovora na terapiju, kao i trajanja njenog korištenja. Kontinuirano praćenje ključno za pravovremenu prilagodbu intervencija unutar tima i osiguranje efikasnog i sigurnog oporavka

Psihoterapija i okupaciona terapija zajednički djeluju na drugi i treći sloj promjene, omogućavajući dublje i trajnije psihološke i funkcionalne transformacije.

Kognitivno-bihevioralni pristup pokazuje veću efikasnost u okviru kratkoročnog tretmana (deset seansi) zbog svoje strukturiranosti i direktnog uticaja na ponašanje i funkcionalnosti.

Primjećuje se da klijent može biti funkcionalan u svakodnevnim zadacima i socijalnim situacijama, čak i ako njegovi unutrašnji konflikti nisu potpuno razriješeni.

Psihodinamska psihoterapija, iako zahtijeva duži terapijski period za ostvarenje punog potencijala, predstavlja izuzetno vrijedan pristup u postizanju dubljih, strukturnih i trajnih promjena ličnosti. Njena snaga ogleda se u istraživanju intrapsihičkih konflikata, nesvjesnih obrazaca i ranih relacijskih iskustava, što omogućava dugoročnu reorganizaciju psihičkog funkcionisanja. Stoga su promjene u ranoj fazi češće intrapsihičke nego funkcionalne, ali upravo one postavljaju temelj za stabilnije i održivije funkcionalne ishode u kasnijim fazama terapije, što zbog kratkog trajanja studija (10–12 sedmica) nije moglo u cjelosti doći do izražaja.

Također, u okviru Rogersovog humanističkog pristupa, iscjeljujući značaj odnosa klijent–terapeut nije mogao doći do punog izražaja zbog kratkog trajanja seansi.

S obzirom na ukupni vremenski okvir studija (10–12 sedmica), određeni terapijski efekti nisu imali dovoljno vremena da se u cjelosti razviju i manifestuju. Ovi nalazi dodatno naglašavaju važnost usklađivanja odabira terapijskog pristupa s ciljevima tretmana i vremenskim okvirom, kao i ključnu ulogu integracije psihoterapije, okupacione terapije i farmakoterapije u postizanju optimalnih funkcionalnih ishoda kod klijenata s anksioznim poremećajima.

Važno je još istaći da nalazi iz prikaza tri studije slučaja imaju eksplorativni karakter te se ne mogu generalizirati na širu populaciju bez dodatnih empirijskih istraživanja.

## **6.2. Provjera hipoteza kroz studije slučaja**

Analiza tri studije slučaja (M.Z., T. i K.) omogućava provjeru postavljenih hipoteza o efektima OT u okviru multidisciplinarnog tretmana.

### **H1: Primjena OT u okviru multidisciplinarnog tretmana doprinosi smanjenju intenziteta anksioznih simptoma i unapređenju funkcionalnog kapaciteta klijenata.**

Rezultati pokazuju da je OT efikasna u smanjenju simptoma i poboljšanju funkcionalnosti, ali efekt varira ovisno o psihoterapijskom pristupu. Kod M.Z. (GAD, KBT + OT) zabilježeno je najveće smanjenje simptoma (BAI -45,5%) i visoko subjektivno zadovoljstvo funkcionalnim napretkom (COPM 8/10), dok je kod T. (Psihodinamski + OT) funkcionalni napredak je bio sporiji i manje kvantitativno izražen u datom vremenskom okviru. Kod K. (Socijalni anksiozni

poremećaj, integrativna psihoterapija + OT + farmakoterapija) OT je omogućila primjenu strategija u svakodnevnim aktivnostima, ali najveći funkcionalni efekt zavisio je od smanjenja fizioloških simptoma farmakoterapijom. **H1 se u velikoj mjeri potvrđuje**, uz naglasak da je OT najefikasnija kada je integrirana s psihoterapijom usmjerenom na praktične i strukturirane promjene.

**H2: Sinhronizovana saradnja između psihoterapeuta i OT omogućava efikasniju primjenu terapijskih intervencija i poboljšava ishode tretmana.**

Kod M.Z., tjedni koordinirani sastanci KBT psihoterapeuta i OT omogućavaju praćenje napretka, prilagodbu zadataka i integraciju terapijskih uvida u funkcionalne aktivnosti. Kod T., saradnja omogućava uvođenje funkcionalnih zadataka u OT, ali funkcionalni napredak bio je sporiji i manje kvantitativno izražen u datom vremenskom okviru. Kod K., multidisciplinarni tim osigurava koordinirano praćenje i uključivanje klijenta u aktivnosti, ali učinkovitost OT zavisi i od farmakoterapije. **H2 je djelomično potvrđena**, s napomenom da konačni efekt zavisi od vrste psihoterapije i angažmana klijenta.

**H3: Primjena različitih psihoterapijskih pravaca u korelaciji sa OT doprinosi individualizaciji tretmana i jačanju funkcionalnih sposobnosti.**

Različiti psihoterapijski pravci omogućavaju prilagođavanje OT intervencija ciljevima klijenta: KBT + OT kod M.Z. donosi brze i mjerljive promjene, psihodinamski + OT kod T. podržava emocionalnu sigurnost i regulaciju, dok integrativna terapija + OT + farmakoterapija kod K. smanjuje simptome i omogućava primjenu strategija u svakodnevnom životu. **H3 je potvrđena** - individualizacija OT se postiže kombinacijom različitih psihoterapijskih pravaca i multidisciplinarnog pristupa.

**H4: Strukturisane OT intervencije poboljšavaju sposobnost klijenata da se samostalno nose sa svakodnevnim aktivnostima i stresorima.**

Kod M.Z., jasna struktura OT i KBT tehnika omogućava povećanu samostalnost, planiranje zadataka i smanjenje ruminacija. Kod T., OT doprinosi funkcionalnom napretku, ali sporije i manje kvantitativno izraženo u datom vremenskom okviru, dok kod K., OT pomaže u integraciji terapijskih strategija, ali efikasnost je zavisila od početka djelovanja farmakoterapije. **H4 je djelomično potvrđena**, s naglaskom na važnost i direktnog psihoterapijskog usmjeravanja.

### **H5: Integracija OT u multidisciplinarni tretman doprinosi dugoročnoj stabilizaciji simptoma i prevenciji relapsa.**

Rezultati pokazuju da integracija OT i psihoterapije (i farmakoterapije) može poticati održavanje funkcionalnih vještina i emocionalne regulacije kod klijenata kroz koordiniranu primjenu strategija i strukturiranu praksu vještina. Međutim, bez longitudinalnog praćenja ne možemo sa sigurnošću tvrditi da će postignuti rezultati biti dugoročno održivi niti da neće doći do relapsa. Također, kod klijenta K., ne možemo sa sigurnošću tvrditi kako će lijek djelovati na duže staze bez longitudinalnog praćenja.

Zbog svega toga, **H5 je umjereno potvrđena**, s naglaskom da trenutni rezultati ukazuju na potencijal dugoročne stabilizacije, ali stvarna održivost zahtijeva daljnje praćenje i evaluaciju nakon završetka terapije.

### **7. Povezanost teorijskog i praktičnog dijela (studija slučaja)**

Diskusija interpretira rezultate dobijene kroz sve tri studije slučaja, povezujući ih sa postojećom literaturom, izvodeći teorijske i praktične zaključke te ističući ograničenja i smjernice za buduća istraživanja. Analiza pokazuje da integrirani multidisciplinarni pristup, tj. kombinacija psihoterapije, farmakoterapije i okupacione terapije omogućava značajno poboljšanje funkcionalnosti, emocionalne regulacije i kvaliteta života klijenata s anksioznim poremećajima (generalizirana anksioznost, separacijska anksioznost, socijalni anksiozni poremećaj).

### **8. Povezanost s literaturom**

U analizi studija slučaja, pokazalo se da su empirijski nalazi konzistentni s postojećom literaturom o anksioznim poremećajima. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAD), prikazan u Studiji slučaja 1, karakteriziraju stalna zabrinutost i osjećaj gubitka kontrole, što je u skladu sa definicijom GAD-a u literaturi (Barlow, 2002; Bandelow & Michaelis, 2015; APA, 2013). Klijentica je pokazivala izražene emocionalne, fiziološke i kognitivne simptome, uključujući ubrzan rad srca, napetost mišića, katastrofične misli i stalno očekivanje negativnog ishoda, što se direktno uklapa u opis simptoma iz teorijskog dijela (Barlow, 2002). Primjena kognitivno-bihevioralne terapije kod ove klijentice, kao terapije prve linije za GAD, pokazala je efikasnost

u smanjenju simptoma i poboljšanju funkcionalnosti, što podržava nalaze Hofmanna i suradnika (2012) i Papole i sur. (2024).

Kod Studije slučaja 2, fokus je bio na separacijskoj anksioznosti (SAP) kod odraslih, gdje su simptomi uključivali intenzivan strah od razdvajanja i potrebu za stalnim kontaktom s bliskim osobama. Ovi rezultati potvrđuju teorijske tvrdnje APA (2013) i Shear et al. (2006) da se SAP može javiti i u odrasloj dobi, a ne samo kod djece. Također, prisutnost anksiozno-okupirajućeg stila vezivanja kod klijentice daje podršku teorijskim tvrdnjama o okviru Bowlbya (1969, 1988) i nalazima Bassi i suradnika (2022), koji povezuju rane nesigurne odnose sa kasnijom separacijskom anksioznošću. Primjena psihodinamskog pristupa u terapiji omogućila je klijentici istraživanje korijenskih emocionalnih uzroka straha, dok somatske tehnike podržavaju regulaciju fizioloških reakcija, što je u velikoj mjeri u skladu s teorijskim tvrdnjama opisa tretmana (Busch & Milrod, 2015; Society for the Advancement of Psychotherapy, n.d.).

U Studiji slučaja 3, socijalna anksioznost bila je dominantna, a klijent je doživljavao strah od negativnog ocjenjivanja i izbjegavanje socijalnih situacija, što je u velikoj mjeri u skladu s teorijskim opisom SAD-a u DSM-5 literaturi (APA, 2013; Rose & Tadi, 2022). Integrativni terapijski pristup, koji uključuje KBT tehnike i terapiju usmjerenu na klijenta (PCT), omogućio je simultano smanjenje izbjegavanja i razvoj samoprihvatanja, što je u velikoj mjeri u skladu s teorijskim tvrdnjama o integrativnom pristupu (Rogers, 1961/2004; Stephen, Elliott & Macleod, 2011).

U svim studijama slučaja, okupaciona terapija se koristila za funkcionalno uključivanje klijenata kroz strukturirane aktivnosti, što je u velikoj mjeri u skladu s definicijom i ciljevima ove discipline (Aranitović, 2008; Mahmutagić, 2006; Šimunović, 2009). Pored standardnih terapijskih pristupa, primijenjen je i ICP program plan, koji je u literaturi prepoznat kao učinkovit u funkcionalnom uključivanju klijenata (Aranitović, 2008; Mahmutagić, 2006). Primjena elemenata drugih teorijskih modela, poput KBT tehnika, principa terapije usmjerene na klijenta i mindfulness intervencija unutar okupacione terapije, pokazala se prilagodljivom i korisnom u praksi, dokazujući konzistentnost s teoretskom primjenjivostima ovih metoda (Rogers, 1961/2004; Hofmann i sur., 2012; Stephen, Elliott & Macleod, 2011). Integracija ICP plana i prilagođenih elemenata teorijskih modela omogućila je strukturirano, individualizirano i funkcionalno uključivanje klijenata, što dodatno, u velikoj mjeri potvrđuje važnost multidisciplinarnog pristupa u tretmanu anksioznih poremećaja.

Farmakoterapija, kada je primijenjena, pratila je preporuke NICE (2011) i APA (2020), uz individualizaciju prema kliničkom statusu, što se oslanja na teorijske smjernice i ističe multidisciplinarni pristup u liječenju anksioznih poremećaja (Medix, 2007; Schomerus & Angermeyer, 2008). Upotreba selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) kod klijenata koji su imali intenzivne simptome dodatno je olakšala rad psihoterapeuta i okupacionog terapeuta, omogućavajući brže i efikasnije postizanje terapijskih ciljeva. Ovi nalazi podržavaju teorijsku tvrdnju da farmakoterapija stabilizuje simptome i omogućava djelotvorniju psihoterapijsku i funkcionalnu intervenciju (Gabbard, 2014; Cipriani et al., 2018). Iako farmakoterapija sama po sebi nije dovoljan uslov za funkcionalni oporavak, dakle, ona često predstavlja neophodan preduslov za uključivanje u psihoterapijski i okupacionoterapijski rad. U slučaju klijenta K., bez farmakoterapijske stabilizacije ne bi bilo moguće postići uočeni terapijski napredak. U radu je navedena neophodnost longitudinalnog praćenje pacijenata tokom farmakoterapije, s obzirom na dugotrajnost primjene SSRI lijekova i mogućnost razvoja neželjenih efekata tokom vremena. Kontinuirana evaluacija omogućava pravovremeno uočavanje promjena u kliničkom stanju, uključujući emocionalno otupljenje, seksualnu disfunkciju i kognitivne promjene, ukazujući dodatno na potrebu individualizovanog i pažljivo praćenog terapijskog procesa, što je konzistentno s literaturom Harmer i sar. (2009), Goodwin i sar. (2017) i Clayton i sar. (2002),

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se kao izuzetno efikasan pristup u tretmanu generaliziranog anksioznog poremećaja, što je u skladu s rezultatima studije slučaja 1. Prema Hofmann i sur. (2012), KBT je najistraženija i najučinkovitija psihoterapijska metoda za anksiozne poremećaje, a Clark (2013) naglašava važnost kognitivnog restrukturiranja u prepoznavanju i mijenjanju maladaptivnih misli. Papola i sur. (2024) potvrđuju da tradicionalna KBT značajno smanjuje simptome GAD-a, dok Tolin (2024) objašnjava kako promjena uvjerenja vodi ka promjeni emocija i ponašanja. U studiji slučaja, primjena ABC modela KBT-a omogućila je klijentici prepoznavanje iracionalnih misli i izgradnju realističnijeg sagledavanja situacija, što je rezultiralo smanjenjem anksioznosti i poboljšanjem svakodnevnog funkcionisanja. Međutim, kao što je već obrazloženo u radu, uspjeh KBT metode ne isključuje značaj drugih terapijskih pristupa, pri čemu se u ovim studijama slučaja uočena razlika primarno pripisuje kratkoročnosti trajanja tretmana, bez umanjivanja vrijednosti njenih tehnika i terapijskih intervencija.

Psihodinamski pristup, čije se teorijske tvrdnje opisuje kroz rad Busch i Milrod (2015), se pokazao učinkovitim u tretmanu separacijske anksioznosti, što je podržano u Studiji slučaja 2.

Teorijski, psihodinamska terapija naglašava ulogu nesvjesnih konflikata, ranijih iskustava i relacijskih obrazaca u nastanku anksioznih simptoma. Primjena psihodinamskih i somatskih tehnika u studiji slučaja omogućila je klijentici istraživanje korijenskih emocionalnih uzroka straha od napuštanja, dok su somatske tehnike pomogle u regulaciji tjelesnih reakcija. Rezultati studije podržavaju teorijsku tvrdnju da psihodinamski pristup doprinosi dubljem uvidu i dugoročnom smanjenju simptoma separacijske anksioznosti.

Terapija usmjerena na klijenta (PCT), koju u teoriji opisuje Rogers (1961/2004) i za koju Stephen, Elliott i Macleod (2011) ističu značaj u socijalnoj anksioznosti, također se pokazala efikasnom u Studiji slučaja 3. Teorija naglašava važnost terapeutove empatije, autentičnosti i bezuslovnog prihvatanja, što omogućava klijentima razvoj samoprihvatanja i emocionalne sigurnosti. U studiji slučaja, kroz podržavajući odnos s terapeutom, klijent je postepeno smanjivao izbjegavanje socijalnih situacija i jačao samopouzdanje, što se slaže s glavnim teorijskim tvrdnjama o osnovama PCT-a u tretmanu socijalnog anksioznog poremećaja.

Dakle, teorijski okvir koji opisuje vrste anksioznih poremećaja, njihove simptome i preporučene terapijske intervencije, uključujući KBT, psihodinamski pristup, PCT, farmakoterapiju i okupacionu terapiju, je u velikoj mjeri u skladu s empirijskim nalazima iz studija slučaja. Ova usklađenost između teorijskih nalaza i kliničke prakse dodatno naglašava važnost kombiniranog, multidisciplinarnog pristupa koji obuhvata psihoterapiju, farmakoterapiju i okupacionu terapiju, uz integraciju empirijski utemeljenih programa poput ICP plana te prilagodbu elemenata drugih teorijskih modela, s ciljem efikasnog smanjenja simptoma i unapređenja funkcionalnosti klijenata.

## **9. Teorijske i praktične implikacije**

Rezultati analiza studija slučaja pružaju značajne implikacije kako za teorijsko razumijevanje anksioznih poremećaja, tako i za kliničku praksu. Teorijski, empirijski nalazi potvrđuju ključne tvrdnje iz literature o različitim vrstama anksioznih poremećaja, njihovim simptomima i mehanizmima. Generalizirani anksiozni poremećaj, separacijska anksioznost u odraslih i socijalna anksioznost demonstrirani u studijama slučaja, pokazuju kako kombinacija kognitivnih, emocionalnih i somatskih simptoma odgovara opisu u radovima Barlowa (2002), Bandelow & Michaelis (2015), APA (2013), Sheara i sur. (2006) te Rose & Tadi (2022). Pored toga, prisutnost anksiozno-okupirajućeg stila vezivanja kod klijentice sa SAP-om dodatno, u

velikoj mjeri potvrđuje teorijske tvrdnje Bowlbya (1969, 1988) i empirijske nalaze Bassi i suradnika (2022), naglašavajući ulogu ranih nesigurnih odnosa u nastanku kasnijih anksioznih obrazaca.

Primjena dokazanih terapijskih modela u praksi, KBT za GAD, psihodinamskih i somatskih tehnika za SAP, te integrativnog pristupa PCT i KBT za socijalnu anksioznost pruža praktične implikacije za efikasno smanjenje simptoma i poboljšanje funkcionalnosti klijenata. Nalazi potvrđuju teorijske principe KBT-a (Hofmann i sur., 2012; Clark, 2013; Papola i sur., 2024), psihodinamskog pristupa (Busch & Milrod, 2015) i terapije usmjerene na klijenta (Rogers, 1961/2004; Stephen, Elliott & Macleod, 2011), naglašavajući značaj kombinacije terapijskih tehnika prilagođenih individualnim potrebama. Posebno se ističe važnost integracije ICP plana i elemenata drugih teorijskih modela unutar okupacione terapije, što ukazuje da strukturirane i aktivacione aktivnosti mogu poboljšati pažnju, samopouzdanje i socijalnu uključenost klijenata, u skladu s teorijskim opisima Aranitovića (2008) i Šimunovića (2009).

Farmakoterapija, posebno upotreba SSRI-ja kod intenzivnih simptoma, konvergira teorijske smjernice NICE (2011) i APA (2020), naglašavajući multidisciplinarni pristup u liječenju anksioznih poremećaja. Stabilizacija simptoma kroz farmakoterapiju omogućava klijentima bolju suradnju u psihoterapijskim i okupacionim intervencijama, što dodatno podržava teorijske preporuke Gabbarda (2014) i Ciprianija i sur. (2018) i praktičnu implikaciju u Studiji slučaja 3.

Sve u svemu, teorijske implikacije ukazuju na to da empirijski podaci podržavaju postojanje specifičnih simptoma i mehanizama anksioznih poremećaja, dok praktične implikacije sugeriraju da kombinacija psihoterapije, farmakoterapije i okupacione terapije, prilagođena individualnom profilu klijenta i integrirajući elemente različitih terapijskih modela, može biti najefikasniji pristup. Primjena ovih nalaza u kliničkoj praksi može unaprijediti dizajn terapijskih planova, povećati funkcionalnu uključenost klijenata i doprinijeti dugoročnom smanjenju simptoma anksioznosti. Ipak, važno je naglasiti da ovakvi integrisani teorijsko-klinički modeli imaju određena ograničenja, budući da se zasnivaju na studijama slučaja i individualnim kliničkim kontekstima, što može otežati njihovu potpunu generalizaciju. Anksiozni poremećaji su po svojoj prirodi složeni i heterogeni, jer uključuju preplitanje bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji se različito manifestuju kod svakog klijenta. Upravo zbog te složenosti, terapijski pristupi zahtijevaju kontinuiranu kliničku fleksibilnost, individualizaciju i stalno usklađivanje sa realnim potrebama osobe u procesu tretmana.

## 10. Zaključak

Rad se bavi proučavanjem efekata okupacione terapije na smanjenje simptoma anksioznosti kod odraslih klijenata i pokušao je da utvrdi kako koordinacija sa psihoterapijskim procesom i farmakoterapijom utiče na efikasnost tretmana. Rezultati pokazuju da je najveće smanjenje simptoma anksioznosti postignuto kod klijentice kod koje je postojala dobra koordinacija i integracija između članova tima, uključujući psihoterapeuta i okupacionog terapeuta. Analiza mjernih instrumenata ukazuju da integrirani, timski pristup doprinosi bržem i efikasnijem funkcionalnom napretku klijenata. Ovi nalazi sugerišu da okupaciona terapija sama po sebi ima pozitivan učinak na smanjenje anksioznosti, ali se njen efekat dodatno pojačava kada je utemeljena na dobro koordiniranom psihoterapijskom procesu i dobrom izboru psihoterapijske orijentacije.

U tom kontekstu, okupaciona terapija se posebno ističe kao “most” između terapijskog rada i svakodnevnog života klijenta, odnosno kao ključni medijator koji omogućava translaciju terapijskih uvida i strategija u realne životne situacije, čime se povećava njihova funkcionalna primjena i održivost efekata tretmana.

Integracija timskih intervencija omogućava klijentima da efikasnije primenjuju naučene strategije i razvijaju funkcionalne veštine u svakodnevnom životu. U tretmanu anksioznosti preporučuje se interdisciplinarni timski pristup, uključujući psihoterapiju i okupacionu terapiju. Okupacioni terapeuti trebaju prilagoditi aktivnosti trenutnom psihoterapijskom statusu klijenta kako bi se podržao individualni napredak, a broj seansi i trajanje tretmana OT treba uskladiti sa psihoterapijskim pravcem i intenzitetom tretmana radi maksimalne efikasnosti. Redovni timski sastanci između psihoterapeuta, okupacionog terapeuta i drugih članova tima mogu povećati efikasnost i doslednost intervencija. Za buduća istraživanja preporučuje se sprovođenje većih studija sa kontrolnim grupama kako bi se precizno odredila uloga timske koordinacije, ispitivanje dugoročnih efekata kombinovanog OT i psihoterapije na funkcionalni napredak i kvalitet života, kao i fokus na mehanizme timskog rada i njihov uticaj na primenu terapijskih strategija i emocionalnu regulaciju. Zaključno, integrirani, timski pristup koji uključuje pažljivo planiranu okupacionu terapiju i psihoterapiju, i farmakologiju po potrebi, sa usklađenim brojem seansi i trajanjem tretmana, može značajno doprineti smanjenju simptoma anksioznosti i unapređenju funkcionalnog oporavka klijenata, čime se u velikoj mjeri potvrđuje značaj interdisciplinarne saradnje u tretiranju anksioznih poremećaja.

## Literatura

American Occupational Therapy Association. (2017). Occupational therapy role descriptions in mental health practice. [https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational\\_therapy](https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_therapy)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2020). Practice guideline for the treatment of patients with anxiety disorders (3rd ed.). <https://www.psychiatry.org/>

Ankrom, S. (2025, 28. oktobar). Panic attack vs. anxiety attack: How they differ. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/anxiety-attacks-versus-panic-attacks-2584396>

Aranitović, M. (2008, 1. oktobar). Okupaciono-radna terapija kod pacijenata sa anksioznim poremećajima. Medical CG. <https://medicaleg.me/>

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.

Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: An integrative approach* (8th ed.). Cengage Learning.

Bartolec, A. (2016). Procjena okupacija u radnoj terapiji. Zdravstveno veleučilište Zagreb.

Bassi, M., et al. (2022). Early separation experiences and adult anxious attachment: Evidence from Italian young adults. *Journal of Adult Development*, 29(3), 123–135.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

Beinrauch, T., Šuker, A., & Kain, K. (2022). Radna terapija za kvalitetniji svakodnevni život pacijenata. *Socijalna psihijatrija*, 50(2), 206–214. <https://doi.org/10.24869/spsih.2022.206>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Brown, C., & Stoffel, V. C. (2011). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (5th ed.). F.A. Davis.

Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2015). Psychodynamic treatment for separation anxiety in a treatment nonresponder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(5), 893–919.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2023). *Occupational therapy for mental health conditions and substance use disorders (RC1478)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596641/>

Cipriani, A., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366.

Clark, D. A. (2013). *Cognitive restructuring*. Wiley.

Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., et al. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 357–366. <https://doi.org/10.4088/JCP.v63n0412>

Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386.

Efstathiou, G. (2021). The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(2).

Eklund, M., & Erlandsson, L.-K. (2011). Return to work outcomes of the ReDO program. *Women & Health*, 51(7), 676–692.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C., & Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 221, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.048>

- Harmer, C. J., Goodwin, G. M., & Cowen, P. J. (2009). Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *British Journal of Psychiatry*, 195(2), 102–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051193>
- Hely, A., & Pearce, C. (2025). The role of occupational therapy in primary care mental health services. *Primary Health Care Research & Development*.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Jafari, Z., & Grobelna, A. (2023). Occupational therapy for mental health conditions. *CADTH*.
- Kielhofner, G., Burkhardt, A., & Forsyth, K. (1980). *A model of human occupation*. Williams & Wilkins.
- Kovač, I., & Šimunović, D. (2020). *Osnove fizikalne i radne terapije*. Medicinska knjiga.
- Larsen, A. E., Morville, A.-L., & Hansen, T. (2019). Translating the COPM. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 33–45.
- Latas, M. (2022). *Anksiozni poremećaji – Teorija i praksa*. Beograd.
- Law, M., et al. (1996). The Person-Environment-Occupation Model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Dew, M. A., Miller, M. D., Pollock, B. G., & Reynolds, C. F. (2012). Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: Effects on cognition. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 676–684. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.233>
- Lovegrove, P., Thompson, R., & Allen, K. (2023). Occupational therapy interventions for adults with anxiety. *Occupational Therapy International*, 30(1), 1–15.
- Mahmutagić, A. (2006). *Metode u edukaciji i rehabilitaciji*. Tuzla.
- Mayo Clinic. (2023). Cognitive behavioral therapy (CBT). <https://www.mayoclinic.org/>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood*. Guilford Press.
- Moraiti, D., Karavasilis, E., & Vasilakis, N. (2024). Anxiety disorder and quality of life. *Clinical Rehabilitation Research*, 38(2), 89–102.
- Nunez, K. (2020). ABC model in CBT. Healthline. <https://www.healthline.com/>

- Papola, D., et al. (2024). Psychotherapies for generalized anxiety disorder. *JAMA Psychiatry*, 81(3), 250–259.
- Poljak, M., & Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 44, 310–329.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Rose, D. T., & Tadi, P. (2022). *Social anxiety disorder*. StatPearls.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and help-seeking. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 31–37.
- Semple, J., & Boyle, J. (2015). Standardised assessments in occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, 45(2), 7–12.
- Shear, M. K., et al. (2006). Separation anxiety disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074–1083.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the STAI*. Consulting Psychologists Press.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage.
- Stephen, S., Elliott, R., & Macleod, R. (2011). Person-centred therapy with social anxiety. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 55–66.
- Tolin, D. F. (2024). *Doing CBT*. Guilford Press.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II*. CAOT.
- Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost. *Suvremena psihologija*, 9(2), 171–194.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). Biopsychosocial model of illness. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2019). Occupational balance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 323–335.
- World Federation of Occupational Therapists. (2025). <https://wfot.org/>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications*. Sage.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

Zlopaša, D. (2018). *Psihijatrija u zajednici*. Beograd.