

GIŻEWSKA, Kamila, LORENC, Karol, BIELAWSKA, Olga, ŁOŚ, Tomasz, KUC, Michał, ROGALA, Maciej, JABŁOŃSKA, Klaudia and GULBICKA, Marta. Anxiety disorders - a common problem about which we still don't know enough. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;46(1):247-257. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.46.01.017>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/45433>
<https://zenodo.org/record/8284938>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 17.07.2023 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17.07.2023 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 25.07.2023. Revised:21.08.2023. Accepted: 25.08.2023. Published: 29.08.2023.

ZABURZENIA LĘKOWE – Powszechny problem, o którym wciąż wiemy zbyt mało

ANXIETY DISORDERS - A COMMON PROBLEM ABOUT WHICH WE STILL DON'T KNOW ENOUGH

Kamila Giżewska² ORCID: 0000-0003-1682-180X, gizewska.kamila@gmail.com

Karol Lorenc⁴ ORCID: 0000-0002-6414-5984, lorenckarol2@gmail.com

Olga Bielawska¹ ORCID: 0009-0004-9461-8772, bielawska.olgaa@gmail.com

Tomasz Łoś⁴ ORCID: 0009-0009-4995-5557, tomasz.los.97@gmail.com

Michał Kuc¹ ORCID: 0009-0003-5025-0868, michal.kuc12@o2.pl

Maciej Rogala¹ ORCID: 0000-0001-6153-1698, macieg.rogala@gmail.com

Klaudia Jabłońska³ ORCID: 0000-0002-8049-5802, klaudia.jablonska@kul.pl

Marta Gulbicka¹ ORCID: 0009-0006-6504-0806, mgulbicka98@gmail.com

¹1st Military Clinical Hospital with Polyclinic SPZOZ in Lublin

²Medical University of Lublin

³Department of Psychotherapy and Health Psychology, The John Paul II Catholic University of Lublin

⁴Stefan Kardynał Wyszyński Regional Specialized Hospital Independent Public Health Care Center in Lublin

Abstract:

Anxiety disorders are the most common mental disorders. Up to one-third of the population suffers from them during their lifetime. An important problem is also the lack of awareness of patients about their disease. Only half of the anxiety disorders are diagnosed. Only a fifth of people suffering from anxiety disorders sought help from a specialist doctor. Only a third of patients are offered pharmacological treatment. The main symptom of this disease is an increased and intense feeling of anxiety. It is also associated with many other physical symptoms. It is correlative with a reduced quality of life and functioning in society. Diagnosis of anxiety disorders is very difficult due to the lack of specific imaging and laboratory tests that may be helpful in making or suggest a diagnosis. There is also a correlation between these disorders and the occurrence of depressive disorders, which is why the problem is complex and requires increased diagnostic sensitivity. Worldwide, anxiety disorders are underdiagnosed and undertreated, that's why it's so important to be aware of this disease entity. Prompt intervention by a physician is very important due to the increased frequency of suicides. The basic treatment is medication therapy with drugs from the SSRI and SNRI group combined with cognitive-behavioral therapy. Quick diagnosis and implementation of treatment contributes to a significant improvement in the quality of life of patients.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, drug treatment, psychotherapy

Wstęp i cel:

Zaburzenia lękowe są jednym z najczęstszych rodzajów choroby psychicznej w Europie i wiążą się z dużym obciążeniem chorobami [1]. Początek występowania najczęściej przypada na wiek młodzieńczy lub wczesnej dorosłości. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi są częściej narażeni na dodatkowe choroby psychiczne [2] , oraz obniżoną jakość życia i funkcjonowania społecznego [3] [4].

Występowanie tego zaburzenia ma bezpośrednie przełożenie na zdrowie całych społeczeństw, wiąże się bezpośrednio ze zwiększoną częstotliwością samobójstw wśród osób chorujących [5].

Celem niniejszego artykułu jest scharakteryzowanie zaburzeń lękowych w oparciu o najnowsze informacje dostępne w literaturze, przybliżenie patogenezy tego schorzenia, jak również przedstawienie potencjalnych, aktualnych form terapii. Dokonano przeglądu dostępnej literatury, z wykorzystaniem baz portali: PubMed, Cochrane Library oraz Google Scholar. W procesie tworzenia niniejszego artykułu wykorzystywano także podręczniki akademickie, jak również polskie i zagraniczne czasopisma naukowe. Wymienione wyżej źródła zostały przeanalizowane w czerwcu 2023 roku. Wyszukiwane potrzebnych informacji zostało ukierunkowane na terminy takie jak: anxiety, anxiety disorders, drug treatment, psychotherapy.

Epidemiologia:

Zaburzenia lękowe są najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem psychicznym, którego występowanie na świecie wynosi 7,3% [6].

Najczęściej rozpoczynają się w wieku młodzieńczym, lub wczesnej dorosłości [7]. Wyjątek stanowi mutyzm wybiórczy oraz lęk separacyjny, dla których typowy początek stanowi okres wieku dziecięcego. Szczyt objawów obserwuje się w średnim wieku, a zmniejszają się one stopniowo wraz z wiekiem. [8]. Po 50 roku życia obserwuje się znaczny spadek występowania zaburzeń lękowych [9][10][11].

Występowanie obserwuje się około dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy opisuje się wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie oraz chroniczne stresory, jak także czynniki neurobiologiczne i genetyczne. Dziedziczność zaburzeń lękowych mieści się w przedziale 30-67% [12]. Do innych czynników uważanych jako potencjalne czynniki ryzyka zaburzeń lękowych zaliczamy psychopatologię rodziców, zahamowany temperament oraz przeciwności losu we wczesnym okresie życia, [13] chorobę przewlekłą, śmierć znaczących osób czy problemy finansowe [14] [15].

Zaburzenia lękowe związane są z dysfunkcją serotoniny, noradrenaliny, kwasu dopaminy, kwasu gamma-aminomasłowego, cholecystokininy, glutaminianu, endogennych receptorów opioidowych lub z zaburzeniem osi podwzgórze-przysadka-nadnercza [16] [17].

Według dostępnych badań nawet jedna trzecia populacji cierpi na zaburzenia lękowe w ciągu życia [8].

Mimo powszechnego występowania, wciąż odnotowuje się niedostateczne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń lękowych [8]. Według raportu WHO rozpoznaje się jedynie połowę występujących zaburzeń lękowych, a jedynie jednej trzeciej pacjentów proponowane jest leczenie farmakologiczne. Znaczącym problemem jest również brak świadomości pacjentów o występującej u nich chorobie. Jak podaje badanie ESEMed jedynie jedna piąta uczestników badania obarczona zaburzeniami lękowymi szukała pomocy u lekarza specjalisty [8].

Ogólne pojęcia zaburzeń lękowych obejmuje: zaburzenia lękowe, zaburzenia fobiczne, zaburzenia paniczne, oraz zaburzenia występujące typowo w wieku dziecięcym – mutyzm wybiórczy oraz lęk separacyjny.

Do najczęstszych rodzaju zaburzeń lękowych należą fobie specyficzne. [2] [18], następnie zespół lęku napadowego – 6%, oraz fobia społeczna – 2,7% i zespół lęku uogólnionego – 2,2% [6].

Według informacji podanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zaburzenia lękowe zajmowały szóste miejsce wśród wszystkich chorób psychicznych i somatycznych jako przyczyna lat życia z niepełnosprawnością (YLD), co czyni je schorzeniem mającym znaczący wpływ na życie pacjentów [2].

Istnieje powszechne przekonanie, że w ciągu ostatnich lat wystąpił wzrost występowania zaburzeń lękowych, jednak niesprecyzowane badania nie pozwalają na potwierdzenie, bądź obalenie tej tezy [6] [8] [19].

Objawy:

Lęk należy do podstawowych i powszechnych emocji, które towarzyszą nam w codziennym życiu. Związany jest z uczuciem zagrożenia oraz zbliżającym się niebezpieczeństwem. O ile łagodny poziom lęku pojawia się incydentalnie u każdego z nas i nie wymaga interwencji klinicznej, to umiarkowane i podwyższone nasilenie tej emocji może prowadzić nie tylko do chwilowego zawahania stanu zdrowia, ale również do długotrwałych konsekwencji takich jak pogorszenie jakości życia.

Zaburzenia lękowe cechuje powtarzające się i nieoczekiwane napady lęku, zarówno z objawami fizycznymi (tj. kołatanie serca, duszność, nudności) jak i psychicznymi (lęk sięgający do śmiertelnego strachu, lęk przed utratą kontroli, poczucie wyobcowania). [2]

Jego patologiczne nasilenie może pojawiać się nie tylko w zaburzeniach psychiatrycznych, ale również jako sygnał ostrzegawczy chorób somatycznych np. zawał mięśnia sercowego, lub hipoglikemia u pacjenta z cukrzycą. Ze względu na to, po zgłoszeniu

przez pacjenta niepokojących objawów, niezbędna jest szerokospektralna ocena pod kątem endokrynologicznym, kardiologicznym, neurologicznym oraz pulmonologicznym w celu wykluczenia chorób somatycznych, które mogą powodować lęk. [2]

Diagnostyka:

Diagnostyka zaburzeń lękowych nie jest łatwa ze względu na brak biomarkerów, badań obrazowych i genetycznych, które mogłyby być pomocne w diagnostyce lub sugerować rozpoznanie [20] [12]. Podstawę stanowi wywiad kliniczny, a rozpoznanie należy postawić na podstawie kryteriów ICD lub DSM [17].

W celu określenia nasilenia oraz monitorowania leczenia pomocna może być Skala Lęku Hamiltona (HAM-A) dla zaburzeń lękowych uogólnionych, Skalę Paniki I Agorafobii (PAS) dla lęku napadowego oraz Skalę Lęku Społecznego Liebowitza (LSAS) dla choroby afektywnej sezonowej [21] [22].

Lekarze, ze względu na zbyt niską rozpoznawalność zaburzeń lękowych, powinni być szczególnie wrażliwi na wykazywanie przez pacjenta niepokojących objawów. Ze względu na niespecyficzne objawy wykazywane przez pacjentów – przykładowo osoby z zespołem lęku napadowego mogą szukać pomocy medycznej ze względu na uczucie kołatania serca lub zwiększoną częstość oddechów [20].

Diagnostyka różnicowa i choroby współwystępujące:

Częstym powikłaniem zaburzeń lękowych jest występowanie zaburzeń depresyjnych – szacuje się, że od połowy do dwóch trzecich pacjentów dodatkowo posiada objawy depresji. Należy wspomnieć, że współistnienie tych dwóch zaburzeń, wiąże się ze zwiększonym nasileniem objawów każdego z nich [20]. W związku z tym u lekarzy prowadzących wymagana jest zwiększona wrażliwość na możliwość ich wystąpienia.

Inne choroby często współistniejące z opisywanym schorzeniem to zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia uzależnienia od substancji, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i zespół stresu pourazowego [12] [29]. W takich sytuacjach konieczne jest leczenie osobno patologicznego lęku i osobno konkretnej choroby współistniejącej.

Leczenie:

Na całym świecie zaburzenia lękowe są niedostatecznie diagnozowane i leczone [6] [20] [23]. Zaburzenia lękowe można skutecznie leczyć, co umożliwi choremu prowadzenie normalnego życia w społeczeństwie [2]. Większość pacjentów z zaburzeniami lękowymi jest pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [24]. Rozpoczęcie leczenia jest wskazane, gdy pacjent odczuwa znaczący lęk i niepokój, lub cierpi na powikłania wynikające z zaburzenia [12].

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest podstawową metodą leczenia wśród wielu schorzeń natury psychiatrycznej, w tym zaburzeń lękowych. Znajduje ona zastosowanie przede wszystkim w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, zespole lęku uogólnionego i zespole lęku napadowego oraz zespole stresu pourazowego. Meritum terapii stanowi przekonanie, że zmiana zachowań skutkuje modyfikacją procesów poznawczych oraz odczuwania emocji. Pacjent musi doświadczyć, że odczuwany lęk jest nieuzasadniony, a sytuacja nieszkodliwa. Najlepsze efekty leczenia ma ekspozycja pod nadzorem terapeuty [2] [25]. Najczęściej stosowane metody CBT w zaburzeniach lękowych obejmują dwie techniki: ekspozycję, oraz terapię poznawczą, z naciskiem na pierwszą z nich [26]. Ze wszystkich rodzajów terapii to właśnie terapia poznawczo-behawioralna posiada najlepiej udokumentowaną skuteczność [12].

Należy wspomnieć, że leki przeciwdepresyjne nowej generacji stanowią na równi z CBT lek pierwszego wyboru w zaburzeniach lękowych. Stosowane są leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI) i inhibitorów wychwyty zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Badania nie wykazały przewagi jednego z leków nad innymi w opisywanych zaburzeniach, dlatego wybór leku powinien być skoncentrowany na działaniach niepożądanych oraz interakcjach z innymi lekami. Najmniejsze ryzyko działań niepożądanych wykazują leki nowej generacji takie jak escitalopram, sertralina oraz wenlafaksyna, dlatego to one są zalecane jako leki pierwszego rzutu [20] [27].

Pacjenci powinni być edukowani w zakresie rozpoznania, etiologii i oraz mechanizmów działania konkretnych metod leczenia. Lekarze powinni mieć na uwadze, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi, często obawiają się przyjmowania leków ze względu na możliwość wystąpienia działań niepożądanych [12]. Przy rozpoczęciu leczenia należy uprzedzić pacjenta, że spodziewany efekt nie pojawia się od razu, lecz po 2-4 tygodni. Ze względu na zwiększone

ryzyko działań ubocznych u pacjentów z zaburzeniami lękowymi należy stopniowo zwiększać dawkę leku do pożądanej wartości [20].

Benzodiazepiny nie są zalecane w rutynowym leczeniu zaburzeń lękowych [12].

Wskazania do hospitalizacji obejmują myśli samobójcze, brak reakcji na leczenie standardowe lub istotne choroby współistniejące tj. znacznie nasiloną depresję, zaburzenia osobowości i uzależnienia [12].

Ćwiczenia fizyczne posiadają działanie przeciwłękowe i mogą stanowić terapię wspomagającą w krótko- oraz długoterminowym leczeniu [12] [28]. Mimo braku badań dotyczących przydatności grup samopomocy zasadnym jest zachęcanie pacjentów do uczestnictwa w nich [12].

Podsumowanie:

Zaburzenia lękowe są złożoną, lecz często niediagnozowaną i nieleczoną grupą zaburzeń psychicznych występującą powszechnie. Niosą za sobą wysokie ryzyko współwystępowania szeregu schorzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, dlatego wymagają zwiększonej czujności lekarzy prowadzących. Wczesne rozpoznanie i szybkie wdrożenie leczenia farmakologicznego i oraz terapii poznawczo-behawioralnej pozwala na znaczne polepszenie jakości życia cierpiących pacjentów.

Disclosures:

Author's contribution

Conceptualization: Giżewska K., Kuc M. Methodology: Jabłońska K. Software: Giżewska K., Rogala M. Formal analysis: Kuc M., Łoś T. Investigation: Bielawska O., Lorenc K. Resources: Lorenc K., Bielawska O. Data curation: Kuc M., Gulbicka M. Writing – rough preparation: Lorenc K., Giżewska K. Writing review and editing: Kuc M., Giżewska K. Visualization: Bielawska O., Łoś T.

Supervision: Giżewska K., Rogala M. Project administration: Gulbicka M., Jabłońska K.

All authors have read and agreed with the published version of the manuscript.

Funding Statement: No funding received.

Institutional Review Board Statement: No applicable.

Informed Consent Statement: No applicable

Data Availability Statement: The data presented in the study are administered by the author for correspondence.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo:

- [1] R. C. Kessler, M. Petukhova, N. A. Sampson, A. M. Zaslavsky, and H. U. Wittchen, “Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States,” *Int J Methods Psychiatr Res*, vol. 21, no. 3, pp. 169–184, Sep. 2012, doi: 10.1002/MPR.1359.
- [2] A. Ströhle, J. Gensichen, and K. Domschke, “The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders,” *Dtsch Arztebl Int*, vol. 115, no. 37, p. 611, Sep. 2018, doi: 10.3238/ARZTEBL.2018.0611.
- [3] T. L. Barrera and P. J. Norton, “Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder,” *J Anxiety Disord*, vol. 23, no. 8, pp. 1086–1090, Dec. 2009, doi: 10.1016/J.JANXDIS.2009.07.011.
- [4] B. O. Olatunji, J. M. Cisler, and D. F. Tolin, “Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review,” *Clin Psychol Rev*, vol. 27, no. 5, pp. 572–581, Jun. 2007, doi: 10.1016/J.CPR.2007.01.015.
- [5] “Phenomenology and epidemiology of panic disorder-Web of Science Core Collection.” <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000269980700006?SID=EUW1ED0C3C2htpoiURrl0yZ2o0a3> (accessed Mar. 11, 2023).
- [6] F. Thibaut, “Anxiety disorders: a review of current literature,” *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 19, no. 2, p. 87, 2017, doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/FTHIBAUT.
- [7] K. Beesdo, D. S. Pine, R. Lieb, and H. U. Wittchen, “Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder,” *Arch Gen Psychiatry*, vol. 67, no. 1, pp. 47–57, Jan. 2010, doi: 10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2009.177.

- [8] B. Bandelow and S. Michaelis, “Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century,” *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 17, no. 3, p. 327, 2015, doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/BBANDELOW.
- [9] R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. R. Merikangas, and E. E. Walters, “Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication,” *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, no. 6, pp. 593–602, Jun. 2005, doi: 10.1001/ARCHPSYC.62.6.593.
- [10] G. Rubio and J. J. López-Ibor, “What can be learnt from the natural history of anxiety disorders?,” *European Psychiatry*, vol. 22, no. 2, pp. 80–86, Mar. 2007, doi: 10.1016/J.EURPSY.2006.09.007.
- [11] G. Rubio and J. J. López-Ibor, “Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study,” *Acta Psychiatr Scand*, vol. 115, no. 5, pp. 372–379, May 2007, doi: 10.1111/J.1600-0447.2006.00896.X.
- [12] B. Bandelow, S. Michaelis, and D. Wedekind, “Treatment of anxiety disorders,” *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 19, no. 2, p. 93, Jun. 2017, doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/BBANDELOW.
- [13] M. G. Gottschalk and K. Domschke, “Novel developments in genetic and epigenetic mechanisms of anxiety,” *Curr Opin Psychiatry*, vol. 29, no. 1, pp. 32–38, 2016, doi: 10.1097/YCO.0000000000000219.
- [14] K. Beesdo, S. Knappe, and D. S. Pine, “Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V,” *Psychiatr Clin North Am*, vol. 32, no. 3, p. 483, Sep. 2009, doi: 10.1016/J.PSC.2009.06.002.
- [15] K. Domschke, B. Klauke, J. Deckert, A. Reif, and P. Pauli, “Life events in panic disorder-an update on ‘candidate stressors,’” *Depress Anxiety*, vol. 27, no. 8, pp. 716–730, Aug. 2010, doi: 10.1002/DA.20667.
- [16] T. Dresler *et al.*, “Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder,” *Journal of Neural Transmission 2012 120:1*, vol. 120, no. 1, pp. 3–29, Jun. 2012, doi: 10.1007/S00702-012-0811-1.

- [17] B. Bandelow, T. Lichte, S. Rudolf, J. Wiltink, and M. E. Beutel, "The German guidelines for the treatment of anxiety disorders," *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 265, no. 5, pp. 363–373, Aug. 2015, doi: 10.1007/S00406-014-0563-Z/TABLES/5.
- [18] F. Jacobi *et al.*, "[Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]," *Nervenarzt*, vol. 85, no. 1, pp. 77–87, Jan. 2014, doi: 10.1007/S00115-013-3961-Y.
- [19] R. C. Kessler *et al.*, "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 51, no. 1, pp. 8–19, 1994, doi: 10.1001/ARCHPSYC.1994.03950010008002.
- [20] B. W. Penninx, D. S. Pine, E. A. Holmes, and A. Reif, "Anxiety disorders," *Lancet*, vol. 397, no. 10277, p. 914, Mar. 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00359-7.
- [21] M. R. Liebowitz, "Social phobia," *Mod Probl Pharmacopsychiatry*, vol. 22, pp. 141–173, 1987, doi: 10.1159/000414022.
- [22] M. HAMILTON, "The assessment of anxiety states by rating," *Br J Med Psychol*, vol. 32, no. 1, pp. 50–55, 1959, doi: 10.1111/J.2044-8341.1959.TB00467.X.
- [23] J. Alonso *et al.*, "Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries HHS Public Access," *Depress Anxiety*, vol. 35, no. 3, pp. 195–208, 2018, doi: 10.1002/da.22711.
- [24] M. B. Stein *et al.*, "Quality of and Patient Satisfaction With Primary Health Care for Anxiety Disorders," *J Clin Psychiatry*, vol. 72, no. 7, p. 16474, Feb. 2011, doi: 10.4088/JCP.09M05626BLU.
- [25] A. T. Gloster *et al.*, "Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT," *J Consult Clin Psychol*, vol. 79, no. 3, pp. 406–420, Jun. 2011, doi: 10.1037/A0023584.
- [26] A. N. Kaczkurkin and E. B. Foa, "Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence," *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 17, no. 3, pp. 337–346, 2015, doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/AKACZKURKIN.

- [27] B. Bandelow, M. Reitt, C. Röver, S. Michaelis, Y. Görlich, and D. Wedekind, “Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis,” *Int Clin Psychopharmacol*, vol. 30, no. 4, pp. 183–192, Jun. 2015, doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
- [28] A. Ströhle, “Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders,” *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 269, no. 5, pp. 485–498, Aug. 2019, doi: 10.1007/S00406-018-0891-5.
- [29] B. F. Grant *et al.*, “Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III,” *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no. 8, pp. 757–766, Aug. 2015, doi: 10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2015.0584.