Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja

Crvelin, Karlo

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:834898

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Karlo Crvelin

Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Karlo Crvelin

Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

TEMELJI KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE 1

Biheviorizam i bihevioralna terapija 1

Temelji kognitivne terapije ……...4

Integracija bihevioralne i kognitivne terapije 7

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TEORIJE I TERAPIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA 8

Bihevioralne teorije anksioznosti 8

Kognitivne teorije anksioznosti 9

Kognitivno-bihevioralne terapijske tehnike u liječenju anksioznih poremećaja 11

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TEORIJE I TERAPIJA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA 15

Bihevioralne teorije depresije 15

Kognitivna teorija depresije 16

Kognitivno-bihevioralna terapija depresije..... 18

ZAKLJUČAK..... 20

ZAHVALE..... 21

LITERATURA..... 22

ŽIVOTOPIS 26

SAŽETAK

Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja

Karlo Crvelin

Kognitivno-bihevioralna terapija je strukturirani, racionalni, fokusirani, aktivni i eksperimentalno orijentirani oblik psihoterapije koji se temelji na bihevioralnim i kognitivnim principima. Bihevioralne teorije uzrok anksioznih i depresivnih poremećaja vide u pogrešno naučenom ponašanju, dok su kognitivni teoretičari usmjereni na negativne automatske misli, kognitivna iskrivljenja i iracionalna vjerovanja. Kombinacijom bihevioralnih i kognitivnih terapijskih tehnika nastao je terapijski model koji uspješno mijenja naučeno ponašanje i kognitivne procese anksioznih i depresivnih pacijenata. Kognitivno-bihevioralna terapija se temelji na kontinuiranim empirijskim provjerama učinkovitosti i njeguje suradnički odnos s pacijentima koje vidi kao aktivne sudionike terapije. Pouzdana je i učinkovita u tretmanu pacijenata s različitim anksioznim smetnjama i poremećajima. Terapijske tehnike koje koristi uspješno uče pacijente novim vještinama nošenja s anksioznim simptomima te im omogućuju funkcioniranje u anksioznim situacijama. U liječenju depresivnih pacijenata ova terapija učinkovito umanjuje depresivne simptome i sprječava pojavu relapsa. Pokazuje brze i dugoročne rezultate, uz veću prihvatljivost, jednostavnost i isplativost u usporedbi s drugim oblicima psihoterapije. U kombiniranoj primjeni s farmakoterapijom pokazuje najbolje rezultate. Popularnost kognitivno-bihevioralne terapije proizlazi iz pacijentima razumljivog i prihvatljivog načina tumačenja psihopatoloških fenomena te relativne kratkoće terapijskog procesa. Činjenica da pokazuje uspješnost u liječenju depresivnih i anksioznih simptoma u primarnoj zdravstvenoj skrbi ukazuje na mogućnost primjene kognitivno-bihevioralnih principa i izvan psihoterapijskih okvira.

Ključne riječi: bihevioralna terapija, kognitivna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji.

SUMMARY

Cognitive-behavioural therapy in anxiety and depressive disorders

Karlo Crvelin

Cognitive-behavioural therapy is a structured, rational, focused, active and experimentally oriented form of psychotherapy which is based on behavioural and cognitive principles. Behavioural theories find the cause of anxiety and depressive disorders in mislearned behaviour, while the cognitive therapists focus on negative automatic thoughts, cognitive distortions and irrational beliefs. Combining behavioural and cognitive techniques, a therapeutic model was created, that successfully changes learned behaviour and cognitive processes of anxious and depressed patients. Cognitive-behavioural therapy is based on continuous empirical reviews of effectiveness. It maintains a cooperative relationship with the patients who are seen as active participants of the therapy. It is reliable and effective in treatment of patients with anxious disturbances and disorders. Therapeutic techniques that are used, teach patients new skills of dealing with anxious symptoms, and enable them to function in anxious situations. In treatments of depressed patients, this therapy effectively reduces symptoms of depression and prevents relapses. In comparison with other forms of psychotherapy it demonstrates rapid and long-term results with greater acceptability, simplicity and cost-effectiveness. The best results are shown in combination with pharmacotherapy. Cognitive-behavioural therapy owes its popularity to a way of interpreting psychopathological phenomena which is understandable and acceptable to patients and to the relative shortness of the therapy process. The fact that it shows success in the treatment of depression and anxiety symptoms in primary care suggests a possibility of administration of cognitive-behavioural principles even outside of psychotherapeutic settings.

Key words: behavioural therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioural therapy, anxiety disorders, depressive disorders.

Ovaj rad podijeljen je na tri tematske cjeline. U prvoj je dan kratak prikaz bihevioralnih i kognitivnih principa te njihove integracije, na kojoj počiva kognitivno-bihevioralna terapija. U drugom i trećem dijelu govori se o bihevioralnim i kognitivnim objašnjenjima etiologije te terapijskim tehnikama liječenja anksioznih, odnosno depresivnih poremećaja.

TEMELJI KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE

Biheviorizam i bihevioralna terapija

Biheviorizam je teorijski pravac u psihologiji koji je usmjeren na proučavanje opazivog ponašanja i prema kojemu je abnormalno ponašanje naučeno, jednako kao i druga ljudska ponašanja. Nastao je početkom dvadesetog stoljeća kao odgovor na strukturalizam eksperimentalnih psihologa kao što su Wilhelm Wundt i Edward Titchener. Njihov rad temeljio se na procesu introspekcije njihovih ispitanika, to jest samoopažanju mentalnih procesa kroz koje su pokušavali otkriti sastavne dijelove iskustva i strukturu svijesti. Utemeljitelj biheviorizma John B. Watson (1878-1958.), naprotiv, psihologiju vidi kao potpuno objektivnu eksperimentalnu granu prirodnih znanosti koja za cilj ima predviđanje i kontrolu ponašanja, a introspekcija kao metoda koja je često davala proturječne podatke, prema njegovu mišljenju nema znanstvenu vrijednost (Davison i Neale 2002). Predmet njegovog proučavanja bilo je opazivo ponašanje, a ne subjektivno iskustvo, a introspekciju je zamijenio eksperimentalnim istraživanjem učenja kod životinja. Bihevioristički psiholozi nastojali su utvrditi objektivne i mjerljive odgovore na pojedine podražaje. Smatralo se da će se dovoljnim stjecanjem znanja o pojavama tipa podražaj-odgovor ljudsko ponašanje moći predviđati i kontrolirati (Davison i Neale 2002).

Istraživački rad bihevioristički psihologa doveo je do teorijskog uobličenja nekoliko tipova učenja. Prvi tip, klasično uvjetovanje, temelji se na istraživanjima ruskog fiziologa Ivana Pavlova (1849-1936.). On je nizom eksperimenata otkrio da pas kojemu se daje hrana uz istodoban zvuk zvona, nakon određenog broja ponavljanja tog postupka, slini i na sam zvuk bez prisutnosti hrane. Zvuk zvona Pavlov je nazvao uvjetovanim podražajem, a odgovor slinjenja koje zvono pobuđuje uvjetovanim odgovorom. Zbog takozvane generalizacije podražaja do uvjetovanog odgovora mogu dovesti i podražaji slični uvjetovanom podražaju. Gašenje je fenomen koji se događa s uvjetovanim odgovorom kada nakon opetovanog zvonjenja

izostaje hrana, pa slinjenje postupno nestaje (Davison i Neale 2002). Za razumijevanje klasičnog uvjetovanja važan je i eksperiment na malom Albertu koji su 1920-e godine proveli John B. Watson i Rosalie Rayner. Jedanaestomjesečnom dječaku pokazan je bijeli štakor kojega se dječak u početku nije bojao. Potom je kod dječaka izazivan strah glasnim udarcima u željeznu šipku iza njegove glave kad god bi pružio ruku prema štakoru. Nakon toga dječak je počeo pokazivati strah prema bijelom štakoru, prethodno neutralnom podražaju, što ukazuje na moguću povezanost klasičnog uvjetovanja i razvoja određenih emocionalnih poremećaja (Jokić-Begić 2014).

Drugi tip učenja nazvan je operantno uvjetovanje, a proizlazi uglavnom iz rada Edwarda Thorndikea (1874-1949). On je proučavao utjecaje posljedica na ponašanje. Na temelju pokusa s uličnim mačkama formulirao je takozvani zakon efekta koji govori kako će se ponoviti ono ponašanje nakon kojeg uslijede posljedice koje su po organizam zadovoljavajuće, dok će se obeshrabriti ono ponašanje koje dovodi do štetnih ili neugodnih posljedica (Jokić-Begić 2014). Operantni pristup uveo je B. F. Skinner (1904-1990) koji je iznio stav da podražaji ne postaju toliko povezani s odgovorima koliko postaju prilika da se pojave odgovori koji su u prošlosti bili potkrepljeni. Prema njegovu zakonu potkrepljenja pozitivno potkrepljenje odnosi se na jačanje vjerojatnosti odgovora u prisutnosti određenog događaja, nazvanog pozitivni potkrepljivač. Negativno potkrepljenje također jača odgovor, no to radi kroz uklanjanje događaja koji je negativan za organizam. Ako se ponašanje ignorira, tada će se ono postupno ugasiti. Prema Skinneru sloboda izbora je mit, a društveno ponašanje određeno je potkrepljivačima koje daje društvena okolina (Davison i Neale 2002).

Treći tip učenja, modeliranje, odnosi se na činjenicu da čovjek uči gledajući i imitirajući druge. Brojni eksperimenti (kao što je onaj u kojem Albert Bandura i suradnici koriste modeliranje kako bi kod djece umanjili strah od pasa) pokazali su da promatranje drugih u određenim aktivnostima može povećati ili smanjiti učestalost različitih vrsta ponašanja (Jokić-Begić 2014). Na sličan se način modeliranje može primijeniti na stjecanje abnormalnog ponašanja.

Teorija medijacijskog učenja koju su razvili Hobart O. Mowrer i Neal Miller govori da okolinski podražaj ne pobuđuje izravno vanjski odgovor, nego to čini

posredstvom određenih medijatora kao što su strah ili mišljenje. Iako se nisu odvojili od biheviorizma smatraju da se istraživati mora i ono što nije nužno opazivo. Kroz eksperimente uvjetovanja izbjegavanja, provođene na štakorima, prikazali su dvije faze učenja. U prvoj se životinja uz pomoć klasičnog uvjetovanja naučila bojati neutralnog podražaja, a u drugoj je operantnim uvjetovanjem naučila vanjsko ponašanje kojim će izbjeći neutralan podražaj. Tako su strah i anksioznost promatrane životinje, identificirani kao medijator učenja, postali dostupni eksperimentalnoj analizi istovjetnoj onoj koja se koristi u istraživanju opazivog ponašanja. Mowrer i Miller pretpostavljaju da su ti odgovori vrlo slični vanjskim odgovorima i da se prikupljenim znanjem o vanjskom ponašanju može proučavati duševni i emocionalni život (Davison i Neale 2002).

Albert Bandura (rođen 1925.) tvorac je teorije socijalnog učenja. Prema tom pristupu na ponašanje utječu događaji, vanjsko potkrepljenje i posredujući kognitivni procesi. Najveću važnost pridaje recipročnoj interakciji između nečijeg ponašanja i okoline. Temeljna pretpostavka ove teorije je ta da su ljudi sposobni za samousmjeravajuću promjenu ponašanja. Samoefikasnost je osobno vjerovanje ili očekivanje da pojedinac može svladati neku situaciju i izazvati željenu promjenu (Corey 2004).

Bihevioralna terapija, koja je nastala kao model suprotstavljen do tad dominantnom psihodinamskom modelu, prvi je znanstveno utemeljeni pristup u razumijevanju i tretmanu odstupanja u ljudskom ponašanju i doživljavanju. Važan doprinos bihevioralne terapije je jednostavnost terapijskih postupaka, kraćeg su trajanja i jeftiniji od tradicionalne psihoterapije, te kao takvi dostupniji većem broju ljudi. Za neka odstupanja u ljudskom doživljavanju i ponašanju pokazalo se da nije potrebno klasično liječenje, već samo učenje novih, adaptivnijih oblika ponašanja. Također, za neke se kategorije pacijenata, za koje tradicionalna psihoterapija nije efikasna, bihevioralna terapija pokazala djelotvornom jer njihovo funkcioniranje postane socijalno prihvatljivije. Prigovor bihevioralnoj terapiji je u tome da ti postupci ugrožavaju slobodu klijenta, zanemaruju njegove emocije te da su suviše „mehanički“. Nadalje, jedan kritički stav se odnosi i na potrebu biheviorista da razne metodološke i teoretske probleme podvrgnu temeljitoj provjeri, pa se tako spominju: problem generalizacije stečenih promjena ponašanja iz situacije gdje su usvojene u

svakodnevni život, kriteriji za evaluaciju ishoda tretmana te točno utvrđivanje veličine doprinosa pojedine sekvence tretmana njegovom ukupnom ishodu (Anić 2003).

Bihevioristički pristup smanjio je jaz između abnormalnog i normalnog ponašanja budući da su, prema tom pristupu, oba naučena na isti način. Abnormalnost je postala vezana uz društveni i kulturalni kontekst. U psihopatologiji se pod utjecajem biheviorizma povećava točnost opažanja i kontrola podražaja, a neopazivi procesi kao što su strah i mišljenje povezuju se s opazivim ponašanjem (Davison i Neale 2002).

Temelji kognitivne terapije

Kognicija je pojam koji objedinjuje mentalne procese opažanja, prepoznavanja, razumijevanja, prosuđivanja i mišljenja. Kognitivna paradigma usmjerena je na to kako ljudi strukturiraju svoja iskustva, kako im pridaju smisao, preoblikujući okolinske podražaje u upotrebljive informacije (Davison i Neale 2002). Kognitivni psiholozi smatraju da je proces učenja puno složeniji od pasivnog oblikovanja novih veza između podražaja i odgovora. Čak se i klasično uvjetovanje smatra aktivnim procesom kojim ljudi uče povezanost među događajima, a ne automatskim utiskivanjem veza među podražajima (Rescorla 1988). Organizam koji uči uklapa nove informacije u organiziranu mrežu već pohranjenog znanja, koje se često naziva shema. Sheme omogućuju pojedincu orijentiranje u vremenu i prostoru te interpretaciju iskustva na smislen način (Young i sur. 2001). Nove informacije se uklapaju u postojeću shemu ili, ako se informacije ne mogu uklopiti, organizam mijenja shemu tako da ona odgovara novim informacijama. Kognitivni psiholozi usredotočuju se na to kako ljudi aktivno tumače okolinske podražaje i kako tumačenje podražaja utječe na ponašanje (Davison i Neale 2002).

Među najvažnijim pojedincima za razvoj kognitivnog pristupa terapiji ističe se Albert Ellis (1913-2007.) koji je osnivač racionalno-emocionalno-bihevioralne terapije (REBT). On smatra da su neprilagođeni osjećaji i aktivnosti uzrokovani iracionalnim vjerovanjima. Zbog pogrešnih pretpostavki ljudi sebi zadaju previsoke i često nedostižne zahtjeve koji po izostanku ispunjenja dovode do emocionalnih teškoća. Ellis pronalazi uporište u učenju drevnih Grka, pogotovo stoičkog filozofa Epikteta koji je u prvom stoljeću prije Krista rekao da ljude ne uznemiruju stvari, već njihovo gledište o njima. Osnovna pretpostavka REBT-a je da emocije proizlaze iz

vjerovanja, procjena, tumačenja i reakcija na životne situacije. Prema toj teoriji ljudi imaju potencijal za racionalno ili „ispravno“ mišljenje i iracionalno ili „iskrivljeno“ mišljenje. Ljudi imaju predispozicije za samoočuvanje, sreću, mišljenje i govor, ljubav, spajanje s drugim ljudima, rast i razvoj te samoostvarenje. Isto tako, skloni su samouništenju, izbjegavanju misli, odgađanju, beskrajnom ponavljanju grešaka, netoleranciji, perfekcionizmu i samookrivljavanju te izbjegavanju ostvarenja razvojnih potencijala. REBT prihvaća da su ljudi skloni pogreškama te im nastoji pomoći da prihvate sebe kao bića koja će uvijek raditi pogreške, ali koja istodobno mogu naučiti živjeti mirnije sa sobom (Corey 2004).

Osnivačem kognitivne terapije smatra se Aaron T. Beck (rođen 1921.) čiji je glavni interes u pročavanju odstupajućeg ponašanja način na koji ljudi iskrivljuju iskustvo. Njegova kognitivna terapija pokušava navesti pacijente da promijene mišljenje o samima sebi i način na koji tumače životne događaje (Davison i Neale 2002). Usmjerena je na uvid i ističe važnost prepoznavanja i mijenjanja negativnih misli i neprilagođenih vjerovanja (Corey 2004). Beck je od pacijenata tražio da opažaju negativne automatske misli koje postoje unatoč objektivnim dokazima. On drži kako ljudi s emocionalnim teškoćama čine karakteristične logičke pogreške koje iskrivljuju stvarnost u smjeru samooptuživanja i dovode do sustavnih pogrešaka u razmišljanju koje se nazivaju kognitivnim iskrivljenjima. Prvo među njima je proizvoljno zaključivanje koje se odnosi na donošenje katastrofičnih zaključaka bez podupirućih i relevantnih dokaza. Selektivna apstrakcija je kognitivno iskrivljenje koje se sastoji u donošenju zaključaka na temelju izdvojene pojedinosti nekog događaja. Pretjerana generalizacija je proces pridržavanja krajnjih vjerovanja nastalih na temelju jednog događaja i njihove neprikladne primjene na druge događaje. Pretjerano uveličavanje i umanjivanje sastoji se u doživljavanju nekog slučaja ili situacije u svjetlijim ili mračnijim tonovima nego što to zaslužuje. Personalizacija je tendencija pojedinca da događaje povezuje sa sobom čak i kad nema osnova za takvo povezivanje. Označavanje i pridavanje pogrešnih oznaka ili etiketiranje uključuje prikazivanje vlastita identiteta na temelju nesavršenosti i grešaka iz prošlosti. Zaključno, polarizirano mišljenje uključuje razmišljanje u obliku „sve ili ništa“ i svrstavanje iskustava u kategorije „ili-ili“ (Corey 2004). Za nastanak emocionalnih poremećaja važna je prisutnost negativnih kognitivnih shema. Kognitivne sheme su

strukture koje služe za provjeravanje, kodiranje i evaluaciju podražaja koje utječu na organizam.

Kognitivna terapija omogućila je strukturiran, usredotočen i aktivan pristup koji je usmjeren na pacijentov unutrašnji svijet, a za cilj ima podučavanje pacijenta kako da sam sebi bude terapeutom (Corey 2004). Poseban značaj kognitivne psihoterapije je u razvoju detaljne konceptualizacije svakog pojedinog slučaja za razumijevanje načina na koji pacijent vidi svijet oko sebe, te dovođenje tih privatnih iskustava pacijenata pod znanstvenu provjeru. Glavni razlog popularnosti ovog pristupa je u tome što su postavke u shvaćanju nastanka psihopatologije i psihoterapijskih intervencija zdravorazumske, te su kao takve pacijentima razumljive i prihvatljive. Također, terapeut se postavlja kao edukator koji podučava i pomaže pacijentu da usvoji vještine kojima može samostalno savladati teškoće s kojima se suočava, te ga potiče da se osobno angažira u rješavanju vlastitih problema. Psihodinamska kritika kognitivne terapije uključuje zanemarivanje istraživanja nesvjesnih konflikata i emocija. Kognitivna terapija ne potiče emocionalno ventiliranje, niti ponovno emocionalno preživljavanje traumatskih iskustava, ali emocijama se daje značaj u razumijevanju i procjeni problema pacijenta, a do promjena u emocionalnom doživljavanju dolazi se indirektno preko promjene u načinu interpretiranja događaja. Nedostatak ove terapije je i u tome što se umanjuje važnost utjecaja okoline na razvoj poremećaja, već naglašavaju kako je ono što je u „psihi“ pojedinca, odnosno kognicije, to što uzrokuje određeni poremećaj i djeluje izolirano od vanjskih utjecaja (Živčić-Bećirević 2003). Nadalje, pretpostavka da kognitivne sheme koje pacijent ima nisu u skladu s realitetom nije uvijek opravdana, naime, kognitivne sheme mogu reflektirati stvarna iskustva iz prošlosti, te tako percipirana iskustva postaju fokus u terapiji trenutne patologije kod pacijenta (McCullough 2000). Kao i kod bihevioralne terapije, kritika kognitivne terapije odnosi se na to da je previše usmjerena na problem i uklanjanje simptoma, da je prejednostavna i usmjerenja na tehnike, a zanemaruje osobu i odnos s terapeutom. Međutim, ove kritike odraz su površnog poznavanja ovog terapijskog pristupa (Živčić-Bećirević 2003).

Kognitivno-bihevioralna modifikacija ponašanja Donalda Meichenbauma usmjerena je na mijenjanje onoga što klijent govori samome sebi. Izjave upućene sebi utječu na ponašanje na isti način kao i izjave drugih ljudi. Ovom pristupu, REBT-u i Beckovoj kognitivnoj terapiji zajednička je pretpostavka da su uznemirujuće

emocije obično posljedica neprilagođenih misli. Temeljna pretpostavka kognitivno-bihevioralne modifikacije je da klijenti, kao preduvjet promjeni ponašanja moraju zamijetiti kako misle, što osjećaju i kako postupaju te kako to utječe na druge. Središnje mjesto u Meichenbaumovu pristupu ima kognitivno restrukturiranje. Prema njegovoj definiciji, kognitivna struktura je organizacijski vid mišljenja koji prati i usmjerava izbor misli, a ponašanje se mijenja pomoću niza posredujućih procesa koji uključuju interakciju kognitivnih struktura, unutarnjeg govora i ponašanja te rezultirajućih ishoda (Corey 2004).

Konstruktivističko stajalište u kognitivno-bihevioralnoj terapiji usmjerava se na čovjekov kapacitet za kreativno i stvaralačko mišljenje, a na ljude gleda kao na aktivne sudionike koji mogu izvesti značenje iz svog iskustvenog svijeta. Konstruktivizam naglašava pacijentovu stvarnost, bez osporavanja njezine točnosti ili racionalnosti. Ovaj pristup je u usporedbi sa standardnom kognitivnom terapijom manje strukturiran i više usmjeren na otkrivanje, više ističe važnost prošlosti te se više bavi sržnim vjerovanjima. Terapija je uspješna kada pacijenti uspiju razviti vlastite sposobnosti, kada su ponosni na postignuto i kada usvoje promjene koje čine (Corey 2004).

Integracija bihevioralne i kognitivne terapije

Kognitivna terapija djeluje prije svega na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje. Bihevioralna terapija djeluje prvenstveno na ponašanje, a zatim i na kognitvne procese. Praksa je pokazala da se pojedine tehnike obaju pristupa uspješno nadopunjavaju. Zbog takvog sinergičnog djelovanja, a i zbog niza prednosti zajedničke primjene, te se dvije terapije najčešće kombiniraju (Begić 2013)

I u jednom i u drugom pristupu naglašena je potreba za empirijskim provjerama svih teorijskih koncepata i terapijskih postupaka. Uloga pacijenta je u oba pristupa aktivna, a odnos između pacijenta i terapeuta suradnički. Evaluacija tretmana smatra se njegovim integralnim dijelom (Anić 2003).

Premda se najčešće koristi kombinacija ovih tehnika, klinička iskustva pokazuju da neki pojedinci imaju veću korist od bihevioralnih tehnika, dok drugi više profitiraju primjenom kognitivnih (Živčić-Bećirević 2003). U kognitivno-bihevioralnoj terapiji nije neophodno u svakom pojedinačnom slučaju kombinirati bihevioralne i

kognitivne tehnike, ali je bitno naglasiti da se učinci terapije uvijek procjenjuju u ponašajnim terminima (Anić 2003). Zapaženo je i da bihevioralne tehnike postižu brže rezultate, a kognitivne tehnike dulje održavaju postignuto poboljšanje. Kombinirana primjena ovih modela dovela je do stvaranja moćnog i učinkovitog terapijskog koncepta u liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja (Begić 2013).

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TEORIJE I TERAPIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Bihevioralne teorije anksioznosti

Najutjecajnija bihevioralna teorija anksioznih poremećaja do danas je ostala ranije prikazana teorija Hobarta O. Mowrera iz 1947. godine koja govori da se učenje anksioznih reakcija odvija kroz dvije jedinice učenja. Bihevioralni teoretičari su pokušali objasniti svaki anksiozni poremećaj, a razvili su i terapijske tehnike kojima se pojedini poremećaj tretira (Jokić-Begić 2010).

Za fobije su tako odgovorni svi mehanizmi učenja. Prema dvofaktorskoj teoriji klasičnim uvjetovanjem sparuje se neštetni objekt s urođeno neugodnim podražajem. Zatim se operantnim uvjetovanjem objašnjava održavanje fobije pozitivnim ili negativnim potkrepljivanjem koje izbjegavanje donosi. Fobije se mogu naučiti i modeliranjem. Stjecanje fobičnih reakcija promatranjem drugih obično se opisuje kao „posredno uvjetovanje“ (Davison i Neale 2002). Istraživanja su pokazala da je za neke objekte vrlo lako uvjetovati strah (primjerice od zmija ili krokodila) dok za neke druge nije (cvijeće, zečevi) (Cook i Mineka 1989).

U objašnjenju paničnog poremećaja i agorafobije bihevioristi ponovno posežu za Mowrerovom dvofaktorskom teorijom. Nakon prvog naglog, najčešće objektivno uvjetovanog, tjelesnog uznemirenja osoba razvija strah kojeg može potaknuti svaka promjena u tjelesnim sustavima. Izbjegavanje izlaska iz sigurne zone potom dovodi do umanjenja nelagode i na taj način negativnog potkrepljenja agorafobije.

Što se tiče generaliziranog anksioznog poremećaja bihevioristi vjeruju da se primjerenom procjenom i pažljivim praćenjem sveprožimajuću anksioznost može povezati sa skupom okolnosti koje izazivaju tjeskobu a ne s nekim unutarnjim čimbenikom. Model generalizirane anksioznosti jednak je dakle modelu fobija, iako je raspon uvjetovanih podražaja znatno širi.

U opsesivno-kompulzivnom poremećaju kompulzije su, prema bihevioralnim teorijama naučeni oblici ponašanja potkrepljeni posljedicama njihova izvođenja, a opsesivne misli paradoksalno se induciraju upravo radi pokušaja da ih se inhibira.

U bihevioralnom konceptu posttraumatskoga stresnog poremećaja osim Mowrerove dvofaktorske teorije, zbog visokog intenziteta traume prisutan je i fenomen generalizacije uvjetovanog podražaja na slične podražaje pa s vremenom široki raspon podražaja može dovesti do uvjetovane emocionalne reakcije (Leahy i Holland 2000). Izbjegavanje uvjetovanih podražaja dugoročno ne dozvoljava prirodno gašenje veze između podražaja i reakcije.

Bihevioralna objašnjenja anksioznih poremećaja su vrlo jednostavna, no provjerena u brojnim istraživanjima. Na osnovu njih izrasle su vrlo učinkovite terapijske tehnike (Jokić-Begić 2010).

Kognitivne teorije anksioznosti

Prema kognitivnim teoretičarima do pretjerane aktivacije sustava straha i tjeskobe, koji je evolucijski adaptivan i ima svrhu očuvanja organizma od opasnosti, dolazi zbog specifične kognitivne sheme, odnosno uvjerenja o svijetu kao opasnom mjestu te o sebi kao krhkoj i nedovoljno sposobnoj osobi (Jokić-Begić 2010). Primarne negativne automatske misli kod anksioznosti odražavaju percepciju prijetnje i opasnosti, dok se sekundarne automatske misli bave izbjegavanjem, spašavanjem i neutraliziranjem opasnosti (Živčić-Bećirević 2010). Ključno obilježje svih kognitivnih gledišta o anksioznosti je naglasak na percepciji opasnosti i izostanka kontrole.

U generaliziranom anksioznom poremećaju osoba pati od stalnih briga koje joj ne dozvoljavaju opuštanje i vjeruje da anksioznost održava kontrolu. Osim što je zabrinuta zbog toga što se previše brine uvjerena je da će ako se prestane brinuti nešto poći po zlu (Leahy i Holland 2000).

Kod fobija je percepcija pojedinca usmjerena na podražaje kojih se boji. Tako će osobe sa socijalnom fobijom tijekom socijalne interakcije biti fokusirane na tjelesne manifestacije anksioznosti i iskrivljene automatske misli o sebi. Anksioznost može ometati percepciju pozitivne povratne informacije od okoline i na taj način postati dokazom za vlastitu socijalnu nekompetenciju (Leahy i Holland 2000). Kod

specifičnih fobija osoba je okupirana promišljanjem o katastrofalnim posljedicama koje bi izlaganje podražaju moglo imati te, iako je često svjesna iracionalnosti svojih briga, nije im se u stanju suprotstaviti.

Vodeći kognitivni model paničnog poremećaja je Clarkov model prema kojemu se bolesnici s paničnim poremećajem boje vlastitog straha zbog katastrofičnih interpretacija fizioloških signala iz vlastitog tijela koji su najčešće karakteristični za normalnu razinu anksioznosti (Clark 1986). Osoba izbjegava situacije u kojima je doživjela panični napadaj kako bi smanjila nelagodu te pri tome razvija niz izbjegavajućih i sigurnosnih ponašanja koji ometaju svakodnevno funkcioniranje (Jokić-Begić 2010).

Kognitivno gledište opsesivno-kompulzivnog poremećaja govori o neželjenim mislima kao normalnom fenomenu koji se javlja u čak 90% zdravih ispitanika (Salkovskis 1999). Posebnost onih u opsesivno-kompulzivnom poremećaju je evaluacija tih misli. Pridavanjem pretjerane značajnosti takvim mislima one se transformiraju u opsesije i mogu dovesti do kompulzija. Opsesivno-kompulzivne osobe koje se nađu u situaciji s potencijalno neželjenim ili štetnim ishodom precjenjuju vjerojatnost štetnog ishoda i vjeruju da će se, ako je moguće da se nešto loše dogodi, to i dogoditi (Carr 1974).

Posttraumatski stresni poremećaj prema kognitivnom se shvaćanju razvija kada osoba nije u stanju obraditi i asimilirati traumatski događaj u svoje životno iskustvo, odnosno kada se nije u stanju nositi sa posljedicama tog događaja (Jokić-Begić 2010). Traumatska iskustva često narušavaju pretpostavke o tome kako je svijet sigurno mjesto, kako su događaji predvidljivi i podložni kontroli i kako smo spremni na bilo koji negativan događaj koji se može dogoditi. Ako se takvo iskustvo ne može uklopiti u postojeću kognitivnu shemu doći će do potrebe za prilagodbom sheme. Prema jednome od kognitivnih modela osoba koja doživi traumu formira u svijesti takozvanu strukturu straha koja se sastoji od tri elementa: podražaja, fiziološkog i emocionalnog odgovora te značenja povezanih sa podražajima i odgovorima kao najvažnijeg elementa. Aktiviranje elementa značenja aktivira također i element odgovora, uzrokujući ponovno proživljavanje intenzivnih emocionalnih odgovora povezanih s traumom. Zbog intenziteta negativnih emocija osoba pokušava izbjeći razmišljanje o traumi. Ovo izbjegavanje blokira proces obrade i

asimilacije. Izmjenjuju se pokušaji asimiliranja koji dovode do ponovnog proživljavanja i pokušaji da se sjećanja i negativne emocije izbjegnu što osobu dovodi u stanja stalne napetosti (Leahy i Holland 2000).

Kognitivno-bihevioralne terapijske tehnike u liječenju anksioznih poremećaja

Kognitivno-bihevioralna terapija prigodna je u tretmanu pacijenata s različitim anksioznim smetnjama i poremećajima. Cilj terapije nije potpuno uklanjanje anksioznosti, nego učenje vještina ovladavanja i kontrole intenziteta anksioznih simptoma u svrhu boljeg funkcioniranja (Živčić-Bećirević 2010). Glavni fokus u tretmanu anksioznosti nije usmjeren na njezine uzroke, već na procese koji sudjeluju u njezinom održavanju. Nakon prikupljana specifičnih informacija tretman obično započinje procjenom i definiranjem problema. Zajedno s pacijentom definiraju se individualni terapijski ciljevi koji moraju biti realistični i mjerljivi. Edukacija pacijenta o prirodi njegova problema čini značajan dio početnog tretmana i kod mnogih pacijenata uspije ublažiti početnu anksioznost i pomoći u suočavanju s negativnim mislima (Živčić-Bećirević 2010).

Najvažnija bihevioralna tehnika u tretmanu anksioznosti je izlaganje. Temelji se na pretpostavci da se anksioznost održava izbjegavanjem sadržaja i situacija kojih se pacijent boji. Bit izlaganja je da pacijenti namjerno stupe u kontakt s podražajima koji pobuđuju njihovu anksioznost i da ostanu u kontaktu s njima dok ne počnu shvaćati da se negativne posljedice koje očekuju ne javljaju, nakon čega se njihova anksioznost smanjuje (Leahy i Holland 2000). Vrste podražaja variraju s obzirom na poremećaj koji se tretira. Kad je god moguće trebalo bi se koristiti *in vivo* izlaganje. Kad su izvori anksioznosti unutarnji ili kad *in vivo* izlaganje nije praktično ostvarivo pribjegava se imaginarnom izlaganju u kojem pacijenti zamišljaju stresnu situaciju ili ih se potiče na razmišljanje o unutarnjem izvoru anksioznosti. Kod imaginarnog izlaganja terapeut može navoditi pacijenta kroz vizualizaciju podražaja opisujući stresne događaje i upitujući pacijenta o njegovim osjećajima i ponašanjima. Oblik imaginarnog izlaganja posebno koristan za pacijente sa socijalnom fobijom je takozvano igranje uloga u kojem terapeut i pacijent glume socijalne interakcije slične onima kojih se pacijent boji. Na početku terapije izlaganja pacijenta treba pripremiti na moguće visoke inicijalne razine anksioznosti i nastojati otkloniti eventualnu

zabrinutost koju pacijent ima u vezi terapije. Zatim slijedi izrada individualne, pacijentu prilagođene, hijerarhije stresnih situacija. Situacije se rangiraju na ljestvici od 0 za najmanje stresnu do 10 za najintenzivniji osjećaj anksioznosti. Pacijenta se postupno izlaže od najmanje stresnih prema sve težim situacijama. Izlaganje pojedinom stresoru traje dok razina anksioznosti ne opadne do određene razine. Vrlo je važno da se izlaganje ne prekida prije pada razine anksioznosti zbog mogućnosti jačanja veze između podražaja i anksioznosti umjesto njenog slabljenja. Također je važno da se identificiraju i otklone moguća suptilna sigurnosna i izbjegavajuća ponašanja, koja pacijenti često koriste u suočavanju sa stresnim situacijama, jer izbjegavanje umanjuje terapijsku učinkovitost izlaganja. Kroz izlaganje zastrašujućoj situaciji pacijent može naučiti da situacija nije tako ugrožavajuća kao što je pretpostavljao i da može usvojiti nove vještine koje mu omogućuju toleriranje i kontrolu anksioznosti. Nakon inicijalnog izlaganja u seansi s terapeutom pacijenta se potiče na svakodnevno ponavljanje izlaganja kod kuće toliko dugo dok podražaj više ne izaziva anksioznost, nakon čega se prelazi na sljedeći stresor u hijerarhiji (Leahy i Holland 2000).

Terapija preplavljivanjem naziv je za postupak intenzivnog i produljenog izlaganja podražajima koji izazivaju tjeskobu uz sprječavanje korištenja uobičajenih neprilagođenih reakcija na takve situacije. Zahvaljujući dugotrajnosti i intenzitetu preplavljivanja anksioznost bi sama po sebi trebala slabiti. Ova terapija može se uspješno koristiti u tretmanu različitih specifičnih fobija, kao što su strah od letenja, vožnje dizalom ili određenih životinja. Međutim, zbog neugode povezane s takvim izlaganjem neki pacijenti nisu skloni ovoj terapiji. Produljeno i intenzivno izlaganje može dovesti do toga da pacijent bude još uplašeniji nego prije tretmana. Zbog toga je važno da pacijenti dobiju odgovarajuće informacije o terapiji preplavljivanjem prije nego što pristanu na nju (Corey 2004).

Vježbe opuštanja mogu biti korisne u tretmanu anksioznih poremećaja gotovo u bilo kojem obliku. Većina tehnika bazirana je na varijacijama progresivne mišićne relaksacije koju je 1938. razvio Edmund Jacobson, a sastoji se u naizmjeničnom zatezanju i opuštanju pojedinih grupa mišića tijela. Pacijente se postupno uči sve bržim i učinkovitijim vježbama opuštanja sa ciljem da im se pruži sposobnost veće kontrole nad svojim tjelesnim odgovorima (Leahy i Holland 2000). U sklopu vježbi

opuštanja uče se i tehnike disanja koje se uglavnom zasnivaju na podučavanju dijafragmalnog disanja.

Ako se postupno izlaganje uparuje s reakcijama koje su inkompatibilne s anksioznošću, kao što je na primjer mišićna relaksacija doći će do takozvane recipročne inhibicije odnosno protuuvjetovanja anksioznosti. Taj se postupak naiva sistematska desenzibilizacija (Živčić-Bećirević 2010). Tvorac tog postupka je Joseph Wolpe (1915-1997.), jedan od začetnika bihevioralne terapije. Na početku procesa pacijent je potpuno opušten, a terapeut traži od njega da zamisli neutralnu situaciju. Ako pritom ostane opušten traži se da zamisli situaciju s hijerarhijske ljestvice koja izaziva najslabiju anksioznost. Postupno se napreduje po hijerarhijskoj ljestvici sve dok pacijent ne pokaže da osjeća tjeskobu i tada se zamišljanje prekida. Pacijent se zatim ponovno opušta i ponovno se kreće od dna ljestvice. Tretman završava kada pacijent uspijeva ostati opušten dok zamišlja situaciju s vrha ljestvice (Corey 2004).

U terapiji opsesivno-kompulzivnog poremećaja postupno izlaganje se uparuje s prevencijom rituala koja se pokazala učinkovitom u suzbijanju kompulzivnih radnji. Za razliku od fizičke prevencije koja se koristila u prošlosti, a danas se smatra suviše prinudnom i agresivnom, pacijente se potiče i ohrabruje da se svojevoljno suzdrže od izvršavanja rituala (Foa i Franklin 2001).

Skretanje pažnje naziv je za niz tehnika kojima je cilj privremeno prekinuti tok negativnih misli. Koriste se kada je intenzitet emocija i misli takav da se pacijent s njima ne može nositi ili je preplavljen nametnutim sjećanjima i slikama u sklopu posttraumatskoga stresnog poremećaja. Bilo koja aktivnost koja može zaokupiti pacijentovu pažnju može biti korisna. Skretanje pažnje nije dugoročno rješenje pacijentovih problema, ali može biti korisno u početku terapije. Ove tehnike su kontraindicirane u liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja, budući da one kod takvih pacijenata mogu postati novim ritualom (Leahy i Holland 2000).

Kognitivno restrukturiranje je tehnika koja se sastoji od identifikacije i evaluacije negativnih automatskih misli. Nakon što ih se identificira, pacijenta se potiče da ih ponovno procijeni i pokuša osporiti traženjem dokaza i protudokaza u svrhu nalaženja novog, logičnijeg, realnijeg i funkcionalnijeg načina razmišljanja. Proces, među ostalim, uključuje suočavanje pacijenta s realnošću, produciranje alternativnih interpretacija situacije, dekatastrofiziranje najgorega mogućeg scenarija

koji pacijent vidi i izradu plana suočavanja sa situacijom. Funkcionalniji način razmišljanja učinkovito se može postići i kreiranjem bihevioralnog eksperimenta u kojem se iskrivljena vjerovanja podvrgavaju testiranju u stvarnoj situaciji nakon čega se stupanj uvjerenja u početnu misao smanjuje, a time i napetost koja je prati (Živčić-Bećirević 2010).

Desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada, čija je kratica, prema engleskom, EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocesing), terapijski je postupak koje je osmislila Francine Shapiro 1995. godine. EMDR je koncipiran kao kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena prema olakšavanju procesuiranja traumatskih događaja i kognitivnom restrukturiranju negativnih misli povezanih s traumom. EMDR uključuje komponente terapije izlaganjem, kognitivnog restrukturiranja i lateralnih pomaka očiju. Na početku tretmana terapeut pacijentu pomaže u generiranju pozitivnih misli koje će ublažiti anksioznost zbog traumatskog događaja. Nakon što se pacijenta upozna s procedurom zatraži se od njega da istovremeno vizualizira sjećanje, opisuje svoje negativne misli, obraća pažnju na tjelesne doživljaje anksioznosti i pogledom prati terapeutov kažiprst. Za to vrijeme terapeut ritmički pomiče kažiprst lijevo-desno u pacijentovom vidnom polju 24 puta. Pacijentu se zatim kaže da zaustavi prisjećanje i duboko diše, a nakon toga da izvijesti o tome što osjeća i misli. U sljedećoj fazi uspostavljaju se i osnažuju pozitivne misli kao zamjena za prvotne negativne. Cilj je povezati traumatski događaj s prilagođenim vjerovanjem. Zatim se od pacijenta traži da zamisli traumatski događaj i pozitivne misli i da detektira tjelesnu napetost. Na kraju bi pacijent trebao biti u stanju zamisliti traumatski događaj uz istodobnu vrlo malu razinu napetosti i uz doživljaj pozitivnih misli (Resick i Calhoun 2001).

Donald Meichenbaum 1985. godine razvio je strategiju svladavanja stresa koja se naziva cijepljenje protiv stresa. Pacijentima se daje prilika za uspješno savladavanje podražaja koji izazivaju umjeren stres, kako bi postupno razvili otpornost na jače podražaje. Temelj strategije je pretpostavka da na svoju sposobnost suočavanja sa stresom možemo utjecati mijenjanjem vjerovanja i izjava upućenih sebi, a koje se tiču učinka u stresnim situacijama. Trening cijepljenja protiv stresa je kombinacija davanja informacija, kognitivnog restrukturiranja, rješavanja problema, vježbi opuštanja, samomotrenja, samopotkrepljivanja i mijenjanja

događaja iz okoline. Pristup je oblikovan tako da podučava vještine suočavanja sa sadašnjim i budućim teškoćama (Corey 2004).

U kognitivnoj-bihevioralnoj terapiji često se koriste domaće zadaće i biblioterapija. Njihov cilj nije samo podučiti klijente novim vještinama, već i osposobiti ih da u svakodnevnim situacijama provjeravaju svoja vjerovanja (Corey 2004). Poseban se naglasak daje sprečavanju povrata simptoma. Na završetku tretmana potiče se pacijenta da ustraje u izlaganju neugodnim situacijama te da prihvati anksioznost kao normalan dio života. Korisno je preispitati i modificirati disfunkcionalna vjerovanja koja povećavaju vulnerabilnost pojedinca za razvoj anksioznosti (Živčić-Bećirević 2010).

Kognitivno-bihevioralna terapija je pouzdana terapija za anksiozne poremećaje sa značajnim pozitivnim učinkom na simptome. Učinkovitost je dokazana za generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno kompluzivni poremećaj, specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj, s rezultatima koji su slični, a u nekim slučajevima i superiorniji rezultatima farmakoterapije (Hoffman i sur. 2012). Pokazana je i uspješnost u smanjenju simptoma u pacijenata s farmakorezistentnim opsesivno-kompulzivnim poremećajem (Vyskocilova i sur. 2016). Kognitivno-bihevioralna terapija je umjereno učinkovita u poboljšanju kvalitete života pacijenata s anksioznim poremećajima u psihološkom i fiziološkom smislu (Hoffman i sur. 2014). Budući da se visoke razine kortizola u starenju smatraju faktorom rizika za kognitivne i ostale medicinske probleme, značajni su i podaci koji govore da kognitivno-bihevioralna terapija u kombinaciji sa terapijom SSRI lijekovima smanjuje vršne koncentracije kortizola u krvi starijih pacijenata sa generaliziranim anksioznim poremećajem (Rosnick i sur. 2016).

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TEORIJE I TERAPIJA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Biheviorističke teorije depresije

Bihevioristi smatraju da su depresivni poremećaji, kao i anksiozni, uvjetovani krivo naučenim obrascima ponašanja ili nedostatno razvijenim adekvatnim ponašanjima (Begić 2013). Uzrok depresije vide u gubitku, manjku, ili izostanku nagrađivanja ponašanja. Peter Lewinsohn je 1974. godine postavio hipotezu da depresija izvire iz niske razine potkrepljenja. Prema Lewinsohnovu modelu, depresija

je često rezultat pasivnog, repetitivnog i nenagrađenog ponašanja. Također, povećanjem zahtjeva i standarda okoline, neka ponašanja prestaju biti nagrađivana (Leahy i Holland 2000). Kad količina potkrepljenja padne, osoba daje manje odgovora, količina potkrepljenja i dalje pada i na kraju se pojavljuje depresija (Davison i Neale 2002).

Prema biheviorističkim istraživanjima izvor depresije može biti neprilagođeno interpersonalno ponašanje, nedostatne socijalne vještine i vještine rješavanja problema (Leahy i Holland 2000). Eksperimentalno su utvrđeni nedostaci depresivnih pacijenata u uspješnosti rješavanja interpersonalnih problema (Gotlib i Asarnow 1979). Depresivne osobe imaju manje podržavajućih veza sa prijateljima, članovima obitelji i kolegama (Billings i sur. 1983). Također je dokazano da depresivne osobe mogu izazvati reakcije kritike i odbacivanja kod drugih ljudi (Coyne 1976). Na određeni način depresivni pojedinci mijenjaju ponašanje osoba u svojoj okolini. Tako u kontaktu s depresivnim osobama nedepresivni pojedinci pokazuju manje socijalnih vještina i verbalnih kontakata nego kada su u društvu s drugim nedepresivnim osobama (Begić 2013). Model samokontrole u depresiji Lynna P. Rehma, naglašava važnost nedostatka samonagrađivanja i samousmjeravanja u nastanku depresije (Leahy i Holland 2000).

Budući da, prema ovim teorijama, u depresivnom poremećaju izostaje pozitivno potkrepljenje neki fenomeni u ponašanju koji se javljaju u depresiji mogli bi se objasniti kao adjunktivna (pomoćna) ponašanja. Primijećeno je da se kod nekih aktivnosti, kod kojih za postizanje cilja i pozitivnog potkrepljenja treba uložiti puno truda i vremena, ljudi posežu za adjunktivnim ponašanjima kao brzim i jednostavnim izvorima zadovoljstva. Svrha takvog ponašanja je olakšavanje iščekivanja "glavnog" potkrepljenja. U depresivnih pacijenata adjunktivna ponašanja mogla bi uključivati prejedanje, agitaciju, ruminaciju i slično. Iako bi kratkoročno trebala dovesti do olakšanja, takva ponašanja dugoročno produbljuju depresiju (Dygdon i Dienes 2013).

Kognitivna teorija depresije

Aaron T. Beck usmjerava se na sadržaj depresivnog negativnog mišljenja i pristranih tumačenja događaja. Beck vjeruje da je temelj depresije takozvana kognitivna trijada koja se sastoji od negativnog doživljavanja sebe, okoline i budućnosti. Pacijenti svoje neuspjehe pripisuju osobnim neadekvatnostima te su

uvjereni da im nedostaju kvalitete koje su nužne za postizanje sreće. Skloni su mišljenju kako okolina postavlja pred njih prepreke koje je nemoguće savladati. Treća komponenta trijade je beznadni pogled na budućnost u kojoj njihovi napori neće biti dostatni da bi promijenili nezadovoljavajući tijek svojih života. Depresivni pacijenti stalno iskrivljuju interpretacije događaja održavajući negativnu sliku sebe, okoline i budućnosti. Njihova najčešća kognitivna iskrivljenja uključuju proizvoljno donošenje zaključaka, selektivnu apstrakciju, pretjeranu generalizaciju, uvećavanje i polarizirano mišljenje. Važna predispozicija za mnoge depresivne pacijente je prisutnost negativnih kognitivnih shema koje potječu iz djetinjstva i adolescencije (Young i sur. 2001).

Druga utjecajna teorija depresije, teorija naučene bespomoćnosti, koju je 1974. godine uveo Martin Seligman, govori kako pojedinac svoju pasivnost i osjećaj da nije u stanju nadzirati svoj život stječe kroz neugodna iskustva i traume što ih je prethodno neuspješno pokušao nadzirati i razriješiti. Kroz pokuse na životinjama Seligman je zaključio da one učenjem mogu usvojiti osjećaj bespomoćnosti kad su suočene s averzivnim podražajem na koji ne mogu utjecati (Davison i Neale 2002). Abramson i suradnici su ovu teoriju proširili pojmom atribucije, koji označava objašnjenje što ga osoba nudi za svoje ponašanje. Atribucijska teorija bespomoćnosti pretpostavlja da će način na koji osoba objasni neuspjeh odrediti buduće učinke tog neuspjeha. Neuspjeh se može pripisati unutarnjim ili vanjskim, globalnim ili specifičnim, te postojanim ili prolaznim uzrocima. Pojedinac postaje depresivan kada neuspjeh pripisuje globalnim i postojanim nedostatcima vlastite ličnosti (Begić 2013). U daljnjem razvoju teorije predloženo je da je pojavnost depresije povezana sa sklonošću zaključivanja da će negativni životni događaji imati teške posljedice i sklonošću donošenja negativnih zaključaka o vlastitoj ličnosti (Davison i Neale 2002).

Teorija beznađa objašnjava pojavu depresije stanjem u kojem postoji osjećaj da se pozitivni i željeni ishod neće dogoditi. To se stanje nadovezuje na osjećaj bespomoćnosti. Depresivna osoba misli kako nema rješenja za promjenu situacije, a zatim razmišlja na način da ne očekuje povoljan i poželjan ishod (Begić 2013).

Neki kognitivni teoretičari uzrok depresije vide u nesposobnosti samoosnaživajućeg egoističnog razmišljanja, u neuspjehu korištenja ublažujućih isprika, pretjeranom fokusiranju na sebe, ruminacijama i pasivnosti. Depresivni

pojedinci će rijetko odbaciti svoje negativne iluzije i ponuditi objašnjenja za neuspjeh koja ne uključuju osobnu odgovornost (Leahy i Holland 2000). Depresivan pacijent lako uočava negativne aspekte događaja, ali teško uviđa pozitivne, te se negativnih događaja prisjeća puno spremnije nego pozitivnih (Young i sur. 2001).

Kognitivno-bihevioralna terapija depresije

Nakon početne evaluacije, na početku terapije, važno je upoznati pacijenta s planom terapije i postaviti realne ciljeve terapije u suglasnosti s pacijentovim željama. Uspostava odnosa suradnje između pacijenta i terapeuta iznimno je bitna stavka u odvijanju terapijskog procesa (Young i sur. 2001). Suradnja je važna varijabla u predviđanju uspješnosti terapije (Weck i sur. 2015).

Fokus kognitivnih intervencija je mijenjanje depresivnog mišljenja, a bihevioralne intervencije imaju za cilj podizanje nivoa aktivnosti depresivnih pacijenata. Terapija depresije sastoji se od dvije faze. U prvoj fazi naglasak je na redukciji simptoma, otkrivanju negativnih automatskih misli i neprilagođenih pretpostavki, a zatim i testiranju istih (Young i sur. 2001). Otkrivanje i testiranje automatskih misli provodi se na isti način kao i u kognitivno-bihevioralnoj terapiji anksioznih poremećaja. U prvoj fazi terapeut se koristi i tehnikama bihevioralne aktivacije. Ohrabruje ono ponašanje za koje je vjerojatno da će rezultirati nekom vrstom nagrađivanja pacijenta. Nagrađivanje može biti u obliku unutarnjeg zadovoljstva i osjećaja uspješnosti ili pozitivnog potkrepljenja iz okoline. Sekundarni cilj je redukcija ruminacije fokusiranjem pacijenta na aktivnost. Prvi korak bihevioralne aktivacije je oblikovanje tjednog plana aktivnosti u svrhu praćenja aktivnosti u koje je pacijent uključen svakog dana i sata te bilježenje osjećaja zadovoljstva, postignuća i učinkovitosti koje te aktivnosti donose. Ovo omogućuje terapeutu uvid u to kako pacijent koristi vrijeme i kakve aktivnosti planira te pružaju li te aktivnosti pacijentu osjećaj zadovoljstva. Zatim, pacijent i terapeut zajedno pronalaze nove konstruktivne i potkrepljujuće aktivnosti te konstruiraju novi tjedni plan, kojeg se pacijent treba pridržavati te bilježiti svoja iskustva i osjećaje (Leahy i Holland 2000). Kod nekih pacijenata potrebno je pojedinu aktivnost podijeliti u nekoliko komponenti, a zatim komponente poredati po stupnju zahtjevnosti. Podjela omogućuje da pacijent, ohrabren uspjehom u jednostavnijim aspektima aktivnosti, u potpunosti savlada aktivnost koju je inicijalno percipirao nesavladivom (Young i sur.

2001). Terapeut također potiče pacijenta na samonagrađivanje pozitivnim izjavama i opipljivim nagradama za svaki obavljeni zadatak te nastoji pomoći pacijentu u poboljšavanju socijalnih vještina, kao što su pozitivno i pohvalno ponašanje prema drugima, jačanje samopouzdanja i odlučnosti te poboljšanje osobne higijene i izgleda (Leahy i Holland 2000).

Druga faza terapije usmjerena je na sprečavanje relapsa kroz promjenu negativnih i iskrivljenih kognitivnih shema koje leže u podlozi depresije. Nakon što su identificirane, sheme otkrivaju pravila i formule po kojima pojedinac u razvoju pokušava shvatiti svijet oko sebe, postavlja ciljeve te vrednuje i modificira ponašanje. Sheme se teže mijenjaju od automatskih misli i neprilagođenih pretpostavki. Ukorijenjene su bihevioralnim, kognitivnim i afektivnim elementima. Zbog toga je ovaj dio terapije znatno drukčiji od prvog. Naglašeniji su rani razvojni obrasci, dugoročne interpersonalne teškoće, odnos pacijenta i terapeuta te emocionalne ili iskustvene vježbe. U ovoj fazi pacijent preuzima veću odgovornost za identificiranje problema, iznalaženje rješenja i primjenu tih rješenja kroz domaću zadaću (Young i sur. 2001). Dokazano je da je spremnost pacijenata na izvršavanje domaće zadaće povezana sa smanjenjem depresivnog raspoloženja (Hayasaka i sur. 2015). Terapeut polako zauzima ulogu savjetnika i konzultanta, a pacijent se polako uči samostalnoj primjeni terapijskih tehnika. Kako pacijent postaje bolji u rješavanju problema, učestalost terapijskih susreta se smanjuje i terapija se privodi kraju (Young i sur. 2001).

U usporedbi s drugim oblicima psihoterapije kognitivno-bihevioralna terapija je prema nekim studijama učinkovitija, a prema nekima jednako učinkovita u liječenju depresije. Učinak je podjednak učinku farmakoterapije dok najbolje rezultate pokazuje kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i farmakoterapije (Hoffman i sur. 2012). Prednosti ovog modela su lakše prihvaćanje od strane klijenata, veća brzina, jednostavnost i manja cijena od ostalih oblika terapije (Begić 2013). Kognitivno-bihevioralna terapija kao dodatak uobičajenoj terapiji antidepresivima je klinički dugoročno učinkovita i isplativa za pacijente koji ne odgovaraju na farmakoterapiju (Wiles i sur. 2016). Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na suicidalne tendencije depresivnih bolesnika učinkovita je u reduciranju suicidalnih kognicija i ponašanja (Mewton i Andrews 2016). Trenutačni podaci također podržavaju povezanost između kognitivno-bihevioralne terapije depresije i bioloških

promjena u mozgu, detektibilnih današnjim slikovnim tehnikama (Franklin i sur. 2016).

ZAKLJUČAK

Kognitivno-bihevioralna terapija jedna je od najčešće primjenjivanih i najistraživanijih metoda psihoterapije. Koristi kratke, suradničke i na problem orijentirane terapijske tehnike. Usmjerena je na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života anksioznih i depresivnih pacijenata. Ovakav pristup pacijenta vidi kao aktivnog sudionika terapijskog procesa, a ne kao pasivnog primatelja terapijskih intervencija. Brojna istraživanja potvrđuju uspješnost ovoga terapijskog pristupa u liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja. Rezultati provedenih istraživanja također pokazuju učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije u liječenju depresivnih i anksioznih simptoma u primarnoj zdravstvenoj skrbi (Twomey i sur. 2015). S obzirom na ekonomsku isplativost terapije čini se opravdanim poticati edukaciju i primjenu u ordinacijama obiteljskih liječnika. S obzirom na visoku incidenciju anksioznih i depresivnih poremećaja te činjenicu da se često pojavljuju u komorbiditetu s brojnim organskim poremećajima i kroničnim bolestima, principi i tehnike kognitivno-bihevioralne terapije predstavljaju korisno oruđe u radu s pacijentima za liječnike svih specijalnosti.

ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Draženu Begiću koji je svojim znanstvenim i stručnim savjetima oblikovao ideju i pomogao mi u izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem obitelji na podršci, kako tijekom izrade ovog rada, tako i tijekom cijelog studija.

I hvala Kati koja je, kao i uvijek, bila u pravu.

LITERATURA

Anić N (2003) Bihevior terapija. Biro M i Butollo W, Klinička psihologija. München: Katedra za kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universität.

Begić D (2013) Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. Medix 19(106): 171-174.

Billings AG, Cronkite RC, Moos RH (1983). Social-Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls. Journal of Abnormal Psychology 92(2): 119-133.

Carr AT (1974) Compulsive neurosis: a review of the literature. Psychological Bulletin 81(5): 311-318.

Clark DM (1986) A cognitive aproach to panic. Behavior Research and Therapy 24:461-470.

Cook M, Mineka S (1989) Observational Conditioning of Fear to Fear-Relevant Versus Fear-Irrelevant Stimuli in Rhesus Monkeys. Journal of Abnormal Psychology 98(4): 448-459.

Corey G (2004) Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Coyne JC (1976) Depression and the response of others. Journal of Abnormal Psychology 85(2): 186-193.

Davison GC, Neale JM (2002) Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Dygdon JA, Dienes KA (2013) Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. Depression and anxiety 30: 598-605.

Foa EB, Franklin ME (2001) Obsessive-Compulsive Disorder. U: Barlow DH (ur.) Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford press.

Franklin G, Carson AJ, Welch KA (2016) Cognitive behavioural therapy for depression: systematic review of imaging studies. Acta Neuropsychiatrica 28(2): 61-74.

Gotlib IH, Asarnow RF (1979) Interpersonal and Impersonal Problem-Solving Skills in Mildly and Clinically Depressed University Students. Journal of Consulting and Clinical Psychology 47(1): 86-95.

Hayasaka Y, Furukawa TA, Sozu T, Imai H, Kawakami N, Horikoshi M (2015) Enthusiasm for homework and improvement of psychological distress in subthreshold depression during behavior therapy: secondary analysis of data from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 15: 302-312.

Hoffman SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A (2012) The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Cogn Ther Res 36: 427–440.

Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H (2014) Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders on Quality of Life: A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 82(3): 375–39.

Jokić-Begić N (2010) Bihevioralna paradigma anksioznosti. U: Begić D (ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada.

Jokić-Begić N (2014) Kognitivno-bihevioralne terapije. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T (ur.) Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada.

Leahy RL, Holland SJ (2000) Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guliford Press.

McCullough JP Jr. (2000) Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychoterapy. New York. Guilford Press.

Mewton L, Andrews G (2016) Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. Psychology Research and Behavior Management 9: 21–29.

Rescorla RA (1988) Pavlovian Conditioning It's Not What You Think It Is. American Psychologist 43(3): 151-160.

Resick P, Calhoun KS (2001) Posttraumatic Stress Disorder. U: Barlow DH (ur.) Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford press.

Rosnick CB, Wetherell JL, White KS, Andreescu C, Dixon D, Lenze EJ (2016) Cognitive-Behavioral Therapy Augmentation of SSRI Reduces Cortisol Levels in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 84(4): 345-352.

Salkovskis PM (1999) Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behaviour Reaserch and Therapy 37: 29-52.

Twomey C, O'Reilly G, Byrne M (2015) Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. Family Practice 32(1): 3-15.

Vyskocilova J, Prasko J, Sipek J (2016) Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive–compulsive disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment 12: 625-639.

Weck F, Grikscheit F, Jakob M, Höfling V, Stangier U (2015)Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. British Journal of Clinical Psychology 54: 91-108.

Wiles NJ, Thomas L, Turner N, Garfield K, Kounali D, Campbell J, Kessler D, Kuyken W, Lewis G, Morrison J, Williams C, Peters TJ, Hollinghurst S (2016) Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBalT randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 3(2): 137-44.

Young JE, Weinberger AD, Beck AT (2001) Cognitive Therapy for Depression. Barlow DH, Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford press.

Živčić-Bećirević I (2003) Kognitivna terapija. U: Biro M i Butollo W (ur.) Klinička psihologija. München: Katedra za kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universität.

Živčić-Bećirević I (2010) Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznih poremećaja. U: Begić D (ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada.

ŽIVOTOPIS

Rođen sam 18. svibnja 1992. godine u Šibeniku. Osnovnu školu Vjekoslava Kaleba završio sam u Tisnom, 2006. godine, a srednju, Opću gimnaziju Antuna Vrančića u Šibeniku, 2010. godine. Paralelno sam redovno pohađao i završio osnovnu i srednju Glazbenu školu Ivana Lukačića u Šibeniku, smjer glazbenik-gitarist.

2010. godine upisao sam prvu godinu studija medicine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Kao član rukometne sekcije fakulteta 2012. te 2013. godine sudjelovao sam na međunarodnim sportsko-edukacijskim susretima biomedicinskih fakulteta pod nazivom „Humanijada“. 2013. godine sudjelovao sam na devetom međunarodnom znanstvenom kongresu studenata i mladih znanstvenika biomedicinskog područja „Croatian Student Summit 9“.

Također sam i dugogodišnji aktivni član puhačkog orkestra KUD-a „Hartić“ Tisno, član Vaterpolskog kluba „Tisno“ te član udruge „Tišnjanski tovar“.