

**S A D R Ž A J – C O N T E N T S****UVODNIK / EDITORIAL****I. Živčić Bećirević****20. obljetnica djelovanja Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije**

(20th Anniversary of Croatian Association for Behavior-Cognitive Therapies) ..... 181

**PREGLED / REVIEW****V. Boričević Maršanić, I. Zečević, Lj. Paradžik, D. Šarić, Lj. Karapetrić Bolfan****Kognitivne tehnike u kognitivno-bihevioralnoj terapiji mlade djece s eksternaliziranim poremećajima**

(Cognitive techniques in cognitive-behavioral therapy of younger children with externalizing disorders) ..... 183

**STRUČNI RADOVI / PROFESSIONAL PAPERS****I. Živčić-Bećirević, I. Jakovčić****Grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznosti**

(Group cognitive-behavioral treatment of students with social anxiety) ..... 191

**D. Barbarić, D. Markanović****Učinci 8-tjednog tečaja „mindfulness“ na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu****– preliminarni nalazi**(Effects of an 8-week mindfulness course on global distress and workplace stress intensity  
– preliminary findings) ..... 199**N. Jokić-Begić, B. Bagarić, J. Jurman****www.depresija/anksioznost.hr... – informacije o depresiji i anksioznosti na internetskim stranicama**

(www.depresija/anksioznost.hr – information on depression and anxiety on internet pages) ..... 209

**PRIKAZI BOLESNIKA / CASE REPORTS****A. Kostelić-Martić****Metoda EMDR i kognitivno-bihevioralna terapija u tretmanu fobije od krvi i injekcija**(The eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) method and cognitive behavioral therapy  
in the treatment of phobias of blood and injections) ..... 219**T. Prvulović Mirković, D. Markanović****Kognitivno-bihevioralni tretman zdravstvene anksioznosti – prikaz bolesnice**

(Cognitive-behavioral treatment of health anxiety – a case study) ..... 227

**N. Jelenić Herega****Kognitivno-bihevioralni pristup seksualnim poremećajima kod žena**

(The cognitive-behavioral approach to sexual dysfunction in women) ..... 235

**M. Letica Crepulja****Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju kronične boli**

(The cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain) ..... 243

**PRIKAZ KNJIGE/BOOK REVIEW****V. Jukić****Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**

(Comments on the Act on Protection of Persons with Mental Disorders) ..... 250

**IN MEMORIAM / OBITUARY****V. Lecher-Švarc, Lj. Radovančević****Norman Louis Farberow, pionir znanstvenog proučavanja suicida**

(Norman Louis Farberow, pioneer of scientific suicidology) ..... 254

**KONGRESI U 2016. GODINI / CONGRESSES IN 2016** ..... 256**PREDMETNO I AUTORSKO KAZALO ZA VOLUMEN 43/2015**

(SUBJECT AND AUTHOR INDEX FOR VOLUMEN 43/2015) ..... 259

**UPUTE AUTORIMA/INSTRUCTIONS TO AUTHORS** ..... 263



## 20. OBLJETNICA DJELOVANJA HRVATSKOG UDRUŽENJA ZA BIHEVIORALNO-KOGNITIVNE TERAPIJE

Ovaj tematski broj „Socijalne psihijatrije“ nastao je povodom 20. obljetnice djelovanja Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT). Istim je povodom u Zagrebu od 24. do 26. rujna 2015. godine održana 1. konferencija HUBIKOT-a s međunarodnim sudjelovanjem. Bihevioralno-kognitivna terapija (BKT) je do danas jedan od najistraživanijih psihoterapijskih pristupa i brojne meta-analize potvrđuju visoku učinkovitost takvog pristupa u tretmanu niza psihijatrijskih poremećaja (1) pa se smatra tretmanom izbora za depresiju, panični poremećaj s agorafobijom, socijalnu fobiju, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, opsessivno-kompulzivni poremećaj, bulimiju nervozu te depresivne i anksiozne poremećaje kod djece. Umjerena učinkovitost potvrđena je u tretmanu partnerskih problema, kontroli ljutnje, somatizirajućih poremećaja kod djece te u tretmanu kronične boli, dok se i dalje širi repertoar poremećaja i problema za koje se izrađuju specifične prilagodbe standardnih BKT postupaka.

S obzirom na važnost kognitivno-bihevioralnog pristupa te raznolikost njegove primjene, metoda i tehnika, Uredništvo „Socijalne psihijatrije“ je za vrijeme održavanja 1. konferencije HUBIKOT-a predložilo izdavanje sljedećeg broja časopisa kao tematskog, a u kojem bi se objavljinjanjem dijela radova predstavljenih na Konferenciji, prikazala primjena bihevioralno-kognitivne terapije danas. Ovu smo ponudu prihvatali, iako je rok za pripremu tekstova bio iznimno kratak, što je bio dodatni izazov za autore i za urednika.

Osnovni je cilj ove konferencije bio razmjena znanja i iskustava među stručnjacima zainteresiranim za bihevioralno-kognitivni pristup prikazom različitih mogućnosti primjene ove terapije, kako u prevenciji, tako i u tretmanu psihičkih poremećaja. Želja nam je bila potaknuti povezivanje i suradnju među stručnjacima koji primjenjuju bihevioralno-kognitivni pristup u različitim okruženjima. Konferenciji se odazvalo 123 stručnjaka pomagačkih zanimanja od kojih je većina i vrlo aktivno sudjelovala u radu, a među sudionicima je bilo kolega iz Slovenije, Bosne i Hercegovine i Crne Gore. Posebne gošće, pozvane

da održe plenarna predavanja i predkonferencijske radionice, bile su tri istaknute bihevioralno-kognitivne terapeutkinje: *Metka Shawe-Taylor* sa Sveučilišta u Surrey, *Dóra Perczel Forintos* sa Sveučilišta Semmelweis i *Helen Macdonald* iz Europskog udruženja za bihevioralne i kognitivne terapije (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*).

Na proslavi 20-godišnjice Udruženja prisjetili smo se svojih početaka i dosadašnjih postignuća, a prvoj predsjednici mr. sc. *Nadi Anić* dodijeljeno je priznanje „za osobit doprinos razvoju bihevioralno-kognitivnog pristupa u našoj regiji, za osnivanje Udruženja, razvoj programa edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija i nesebično prenošenje znanja i iskustava generacijama mladih terapeuta“.

Premda je Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije osnovano 1995. godine, ono ima znantno dužu povijest. Usprkos ondašnjem podcenjivanju bihevioralne terapije od strane većine kolega iz Centra za mentalno zdravlje KBC-a Zagreb, Nada Anić već 70-ih godina prošlog stoljeća počinje stjecati prva znanja o bihevioralnoj terapiji te s djećacima sa separacijskim strahovima uspješno primjenjuje tehniku sistematske desenzitizacije pripremajući ih za polazak u školu. Prof. Anić 1975. godine objavljuje prvi članak o bihevioralnoj terapiji u časopisu „Psihoterapija“ (2), a 1980. godine osniva prvu Grupu za bihevior terapiju u okviru Sekcije za kliničku psihologiju Društva psihologa SR Hrvatske koja počinje provoditi edukaciju kliničkih i školskih psihologa iz bihevioralne terapije. Sljedeći važan događaj koji predstavlja jednu od prekretnica u širenju bihevioralne terapije u našim krajevima je 7. kongres psihologa Jugoslavije održan 1981. godine u Zagrebu, na kojem Nada Anić organizira simpozij pod nazivom „Bihevior terapija“ uz gostovanje prof. Hansa Brengelmann-a, tadašnjeg direktora Max Planck instituta u Münchenu i prvog predsjednika Europskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije – EABCT. Ovaj je događaj dao snažni poticaj za popularizaciju i daljnji razvoj bihevioralne terapije kod nas, a kontakti s prof. Brengelmannom omogućili su širenje poznanstava sa značajnim svjetskim imenima u području BKT-a.

Samo dvije godine nakon osnivanja HUBIKOT je na 27. kongresu EABCT-a održanom u Veneciji 1997. godine postao punopravnim članom Europskog udruženja. Jedan od najvažnijih događaja u povijesti HUBIKOT-a svakako je uspješna organizacija 39. kongresa EABCT-a održanog 2009. godine u Dubrovniku. Na Kongresu je sudjelovalo 768 učesnika iz 50 zemalja Europe i svijeta. Od brojnih prezentiranih radova 11 ih je objavljeno u tematskom broju časopisa „Psihologische teme“ (3), što je prvi tematski broj jednog hrvatskog časopisa posvećen bihevioralkognitivnoj terapiji. Pozitivan ishod Kongresa bila je i mogućnost kupnje vlastitog prostora 2010. godine u kojem Udruženje djeluje i danas. HUBIKOT danas provodi kontinuiranu edukaciju iz BKT za psihologe i liječnike, primjenjena istraživanja, kao i savjetovanje građana, a ima zaposlena tri stručna suradnika. Sustavnu edukaciju koja je započela još 1981. godine u suradnji s kolegama iz Slovenije i Srbije danas provodi nekoliko članova Udruženja, od kojih tri sveučilišna profesora s Odsjeka za psihologiju u Rijeci i Zagrebu. Tijekom svih ovih godina u edukaciju se s povremenim radionicama uključivao niz svjetski poznatih eksperata, među kojima su Paul Salkovskis, David Clark, Frank Datillio, Costas Papageorgiou, Else de Haan, Dora Brown, Metka Shawe-Taylor.

U ovom broju „Socijalne psihiatije“ predstavljen je izbor samo manjeg broja radova 1. konferencije HUBIKOT-a, koji nikako nisu sveobuhvatan prikaz aktualnih mogućnosti ovog psihoterapijskog pristupa, a ne predstavljaju ni širinu područja kojima se naši kolege aktivno bave u provođenju tretmana i istraživanja. Iznenadjuće velik odaziv sudionika s aktivnim učešćem postavio je pred nas težak zadatak izbora radova koji će biti objavljeni u ovom tematskom broju. Nastojali smo obuhvatiti radove koji će predstavljati tematske cjeline obuhvaćene konferencijom. Kroz prikaze rada s klijentima predstavljena je primjena

BKT-a u radu sa zdravstvenom anksioznosti, kroničnom boli, seksualnim poremećajima i specifičnom fobijom uz kombinaciju s metodom EMDR koja je, kao manje poznata, detaljnije opisana. Specifičnosti grupnog BKT tretmana predstavljene su opisom grupnog tretmana socijalne fobije. Mogućnosti primjene BKT u radu s djecom, ilustrirane su u preglednom radu koji opisuje primjenu kognitivnih tehnika u radu s mlađom djecom s eksternaliziranim poremećajima. Predstavljen je i tzv. „treći val“ BKT-a u radu koji opisuje i analizira učinkovitost primjene 8-tjednog tečaja *mindfulness*-a koji se provodi u HUBIKOT-u. S obzirom na ulogu koju danas internet ima u prikupljanju informacija o zdravlju i donošenju odluka o traženju i izboru stručne pomoći, pa tako i psihoterapijske, odlučili smo uključiti zanimljiv rad s kvalitativnom analizom internetskog sadržaja o anksioznosti i depresiji.

Vrlo pozitivna iskustva, kao i pohvalne reakcije sudionika obvezuju nas na organizaciju sljedećih konferencija pa vjerujemo da će ubuduće veći broj naših kolega dobiti priliku za objavljivanje svojih radova u jednom od idućih tematskih brojeva nekog hrvatskog časopisa.

## LITERATURA

1. Hofman SG, Asnaan A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-40.
2. Anić N. O bihevior terapiji. *Psihoterapija* 1975; 5: 67-76.
3. Bihevioralno-kognitivne terapije. *Psihologische teme* 2010; 19: 221-399.

Gošća urednica  
IVANKA ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ  
Predsjednica HUBIKOT-a

## KOGNITIVNE TEHNIKE U KOGNITIVNO BIHEVIORALNOJ TERAPIJI MLAĐE DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

VLATKA BORIČEVIĆ MARŠANIĆ<sup>1,2</sup>, IVA ZEČEVIĆ<sup>1</sup>, LJUBICA PARADŽIK<sup>1</sup>, DAVORKA ŠARIĆ<sup>1</sup> i  
LJILJANA KARAPETRIĆ BOLFAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Psihiatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb i*

<sup>2</sup>*Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska*

*Djeca s eksternaliziranim poremećajima iskazuju simptome nedovoljno kontroliranog ponašanja kojima ometaju okolinu zbog čega su ovi poremećaji jedan od najčešćih razloga za traženje stručne procjene i tretmana u području mentalnog zdravlja. Eksternalizirani poremećaji su rezultati međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Djeca s eksternaliziranim poremećajima imaju specifične socio-kognitivne karakteristike koje održavaju simptome, a mnoge terapijske intervencije u sklopu kognitivno bihevioralnog terapije usmjerene su na njihovu modifikaciju. U radu je prikazan kognitivno bihevioralni model eksternaliziranih poremećaja u djece i tehnike kognitivno bihevioralne terapije (KBT) s naglaskom na specifičnosti kognitivnih tehniki kod djece mlađe dobi. Navedeni su i rezultati istraživanja učinkovitosti KBT za eksternalizirane poremećaje djece koja pokazuju značajno smanjenje simptoma, osobito kada su u terapiji uključeni i roditelji kao koterapeuti. Prognoze su bolje ako se s terapijom započne u mlađoj dobi.*

**Ključne riječi:** eksternalizirani poremećaji, kognitivno bihevioralna terapija, djeca

**Adresa za dopisivanje:** Dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, dr. med.

Psihiatrijska bolnica za djecu i mladež  
Ulica I. Kukuljevića 11  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: vlatka.boricevic.marsanic@djecja-psihijatrija.hr

### UVOD

Eksternalizirane poremećaje karakterizira ljutnja, ne-prijateljstvo, agresija i delinkventna ponašanja. U ovu skupinu ubrajaju se *poremećaj ponašanja s prkošenjem i suprotstavljanjem te poremećaj ophođenja*. Eksternalizirani simptomi mogu biti dio kliničke slike hiperkinetskog poremećaja, depresije i postrumatskog stresnog poremećaja u djece i adolescenata. Ova ponašanja su najčešći razlog upućivanja djece svih dobnih skupina na procjenu i tretman u službu za mentalno zdravlje, jer su problem za djetetovu okolinu, ali i za samo dijete (1).

Eksternalizirani simptomi i agresivnost kod djece pokazuju stabilnosti u vremenu i prediktori su niza negativnih psihosocijalnih ishoda tijekom djetinjstva i odrasle dobi (2). Razvijen je niz bihevioralnih i kognitivnih terapijskih tehniki koje su se pokazale učinkovite u modifikaciji ponašanja djece i mlađih s eksternalnim simptomima.

U ovom će radu biti prikazane bihevioralne i kognitivne tehnike u radu s djecom s eksternaliziranim poremećajima i simptomima s naglaskom na kognitivne tehnike u primjeni kod djece mlađeg uzrasta. Prikazat će se specifičnosti i teškoće u radu te rezultati istraživanja u ovom području.

## EKSTERNALIZIRANI POREMEĆAJI

Psihički poremećaji u djetinjstvu dijele se u dvije široke kategorije (3). Jedna su eksternalizirani poremećaji koje karakteriziraju ljutnja, neprijateljstvo, agresija i delinkventna ponašanja, a druga su internalizirani poremećaji u kojima dominiraju osjećaji tuge i tjeskobe s tendencijom povlačenja i izbjegavajućeg ponašanja (4). Djeca sa simptomima iz prve skupine označavaju se kao djeca s nedovoljno kontroliranim ponašanjem koje je ometajuće za druge ljude i okolinu, dok se djeca sa simptomima iz druge skupine označavaju kao djeca s pretjerano kontroliranim ponašanjem koje stvara probleme najčešće samom djetetu (3,5). Nedovoljno kontrolirano ponašanje češće je kod dječaka, a pretjerano kontrolirano ponašanje kod djevojčica (3).

Posljedice eksternaliziranih poremećaja za dijete i njegovu okolinu uključuju: slab školski uspjeh, probleme s vršnjacima, odbačenost od vršnjaka i socijalnu izolaciju, lošu sliku o sebi, što može dovesti do sekundarnih poremećaja u obliku ovisnosti i depresivnosti. U adolescenciji i ranoj odrasloj dobi nerijetki su problemi sa zakonom, nezaposlenost, razvodi, kao i sklonost kriminalu i psihopatologija u odrasloj dobi što dovodi do velikih troškova u zdravstvenom i socijalnom sustavu (6,7).

## ETIOLOGIJA EKSTERNALIZIRANIH POREMEĆAJA

Eksternalizirani poremećaji rezultat su međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Genetski čimbenici (polimorfizmi gena za serotoninski transporter, MAO-A) prema nekim istraživanjima objašnjavaju 50 % varijance agresivnog i antisocijalnog ponašanja (8). Ostali biološki čimbenici obuhvaćaju reaktivnost kortizola, testosterona, abnormalnu razinu serotoninina i temperament (9) te strukturne i funkcionalne promjene u mozgu na razini bihevioralnog aktivacijskog sustava (BAS) koji potiče ponašanja koja dovode do nagrade uz deficitne bihevioralne inhibicijske reakcije (BIS) odgovornog za anksioznost i inhibiciju ponašanja (10).

Psihološki čimbenici odnose se na socio-kognitivne procese koje karakterizira sklonost procjenjivanju tuđih ponašanja prijetećima, deficitne u socijalnim vještinama i rješavanju problema i nedostatnu samokontrolu (10).

Socijalni čimbenici mogu se podijeliti na one koji su vezani za obitelj i one koji se odnose na socijalnu sredinu. Obiteljski čimbenici povezani s agresivnošću su česte roditeljske svađe, nasilje u obitelji, razvod roditelja, zlostavljanje, psihički poremećaj roditelja, neadekvatni i nedoslijedni odgojni postupci roditelja, roditelji kao loš uzor i model djeci, nedostatak volje, brige i uključenosti, a značajnu ulogu u agresivnom ponašanju mogu imati i problemi u ranom razvoju privrženosti (8,11). Čimbenici vezani za socijalnu sredinu obuhvaćaju: nezaposlenost

roditelja, nizak socioekonomski status, izloženost neprihvremenim sadržajima medija te loš utjecaj vršnjaka (8).

Prema teoriji socijalnog učenja (12) agresivno se ponašanje uči neposrednim iskustvom ili opažanjem po modelu. Modeliranje i/ili potkrepljenje u okviru interakcija i iskustava s roditeljima i vršnjacima mogu održavati agresivne reakcije djeteta (10).

## KOGNITIVNE KARAKTERISTIKE DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

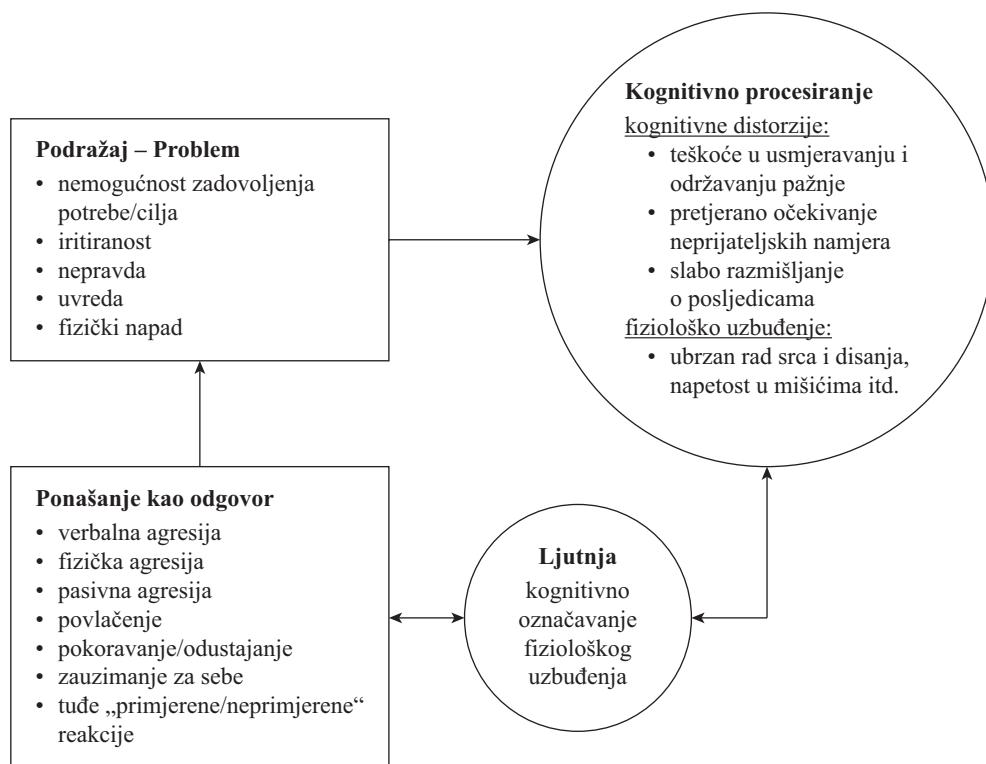
Djeca s eksternaliziranim poremećajima imaju specifične kognitivne karakteristike koje održavaju simptome, a mnoge terapijske intervencije u sklopu KBT-a usmjerene su na njihovu modifikaciju. Agresivna djeca imaju kognitivne distorzije u procjeni socijalne situacije. Sklona su procjenjivati tuđe ponašanje prijetećim, neprijateljskim, nepravednim te im se često čini da drugi krše pravila (10). U osnovi toga su dijelom neurokognitivne poteškoće u izvršnim funkcijama (13), krive interpretacije socijalnih situacija i tuđih namjera. U kognitivnim procesima imaju poteškoće u održavanju pažnje i prisjećaju se manjeg broja pozitivnih karakteristika neke socijalne situacije u usporedbi s neagresivnom djecom (14).

U socijalnim odnosima agresivna djeca su dominantna i osvetoljubiva (7) zbog čega u socijalnim interakcijama poduzimaju neprikladne akcije. U rješavanju socijalnih problema imaju ograničen repertoar ponašanja te generiraju manji broj rješenja. Pri tome rijetko nalaze rješenja koja uključuju suradnju, imaju manje verbalnih načina rješavanja problematičnih situacija, a više rješenja kroz direktnu akciju (10). Karakteristična je i niska empatija te očekivanje da će drugi agresivno reagirati u socijalnim interakcijama.

Agresivna djeca podcenjuju vlastitu agresivnost, vjeruju da agresivnost vodi do željenih ishoda i da je ona opravданo sredstvo i reakcija. Iako su nalazi istraživanja u kojima se to pokazuje korelacijski (14), važno je uočiti koliko se tim kognitivnim karakteristikama agresivno ponašanje održava i postaje stabilno.

Sl. 1. prikazuje kognitivno-bihevioralni model ljutnje i agresije prema kojem su emocije i ponašanja djece regulirani načinom na koji ona opažaju i procesiraju događaj u okolini (10). Problemi ili događaji u okolini ne određuju direktno kako će se dijete osjećati i/ili što će činiti u određenim okolnostima. Kod djece sklone ljutnji i agresiji, ljutnja je često rezultat pogrešne interpretacije samog događaja ili fiziološkog uzbudjenja. Agresivna djeca imaju deficitne rješavanja problema i nošenja sa stresom zbog čega su sklona reagirati agresivno na problem ili provokaciju (10).

Razumljivost i jednostavnost ovog modela omogućuju i djetetu i roditelju razumijevanje prirode djetetove ljutnje i s njom povezanih agresivnih ponašanja. Cilj kognitivno



Sl. 1. *Kognitivno-bihevioralni model ljutnje i agresije prema Kendall, 2006.*

bihevioralnih intervencija je razvijanje vještina za kontrolu ljutnje što ima za posljedicu prikladnije ponašanje i adekvatnije suočavanje sa stresom i problemima (10).

### KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

U kognitivno bihevioralnom tretmanu (KBT) djece s eksternaliziranim poremećajima koriste se bihevioralne i kognitivne tehnike. Kod djece mlađe dobi važno je modificirati i prilagoditi tehnike razvojnoj razini djeteta te u skladu s tim u tretmanu koristiti igre, lutke, igračke, priče, crteže, stripove, misaone oblačiće i slično.

U inicijalnoj procjeni djeteta potrebno je utvrditi koja su disfunkcionalna, odnosno odstupajuća agresivna ponašanja prisutna te njihovo trajanje, učestalost, intenzitet, predisponirajuće i precipitirajuće čimbenike, moderirajuće varijable, podržavajuće okolnosti, ali i prednosti i sposobnosti djeteta. Osim od roditelja/skrbnika djeteta, ako postoji mogućnost, potrebno je podatke dobiti i od drugih značajnih osoba u životu djeteta (ostali članovi obitelji, nastavnici, treneri, prijatelji). Ciljeve tretmana nužno je definirati u pozitivnim terminima (npr. za dijete koje u ljutnji baca stvari ili udara drugu djecu, te ne može izdržati u interakcijama s djecom duže od 10 minuta bez agresivnog ponašanja, cilj bi bio da razvije samokontrolu, ljutnju

iskaže verbalno i sudjeluje u zajedničkim aktivnostima s drugom djecom u trajanju od oko 15-20 min za početak).

#### *Bihevioralne tehnike u kognitivno bihevioralnom tretmanu djece s eksternaliziranim poremećajima*

*Funkcionalna analiza ponašanja* je postupak kojim se utvrđuje što je funkcija ponašanja: što se njime dobiva, što ga potiče, koje socijalno značenje ima ponašanje (na primjer, prednosti i nedostaci ljutnje). Pažljivo se za neadekvatno ponašanje koje se želi mijenjati (npr. vrištanje, guranje i udaranje druge djece, bacanje stvari) procjenjuje: učestalost, trajanje, intenzitet, okolnosti koje mu prethode i posljedice koje ga slijede.

*Identifikacija emocija ili afektivna edukacija* podrazumijeva podučavanje djeteta i roditelja o osjećajima, što je prvi korak u stjecanju samokontrole. Pomoću tehnike samo-opažanja djeca uočavaju situacije u kojima se javljaju neugodni osjećaji, najčešće ljutnja. Nakon osvještavanja osjećaja ljutnje radi se na uočavanju fizioloških simptoma poput crvenjenja u licu, ubrzanja pulsa i disanja, napetosti u mišićima ili glavi. Tako djeca stječu sposobnost prepoznavanja svojih specifičnih znakova ljutnje u izrazu lica, tonu glasa, tjelesnim reakcijama, mislima i ponašanjima, ali i uče da drugi ljudi mogu ljutnju doživjeti drugačije (15). Sljedeći je korak procjena intenziteta emocionalnog stanja. S djetetom se može napraviti tzv. „Moj (termo)metar ljutnje“ s vrijednostima od 0 do 10. Za svaku vrijed-

nost dijete opisuje situaciju koja izaziva određeni stupanj ljutnje. Ljutnja se tako prikazuje kao kontinuum, a djecu se uči prepoznavati rane znakove ljutnje dok ju je lakše kontrolirati. Ova tehnika je posebno korisna za djecu koja ne zamjećuju male razlike u osjećajima ili za djecu koja kronično precjenjuju ili podcjenjuju stupnjeve emocija (16). Potiče ih se da povezuju emocionalna stanja različitog intenziteta sa specifičnim situacijama u okolini (10). Kod mlađe djece u terapiji se koriste slikovnice, odnosno biblioterapija. Prikladne su slikovnice koje opisuju osnove emocije, način na koji se te osnove emocije osjećaju u tijelu, koje misli i ponašanja su za njih karakteristična te što sve može pomoći u nošenju s neugodnim emocijama.

*Tehnike samokontrole i relaksacije.* Emocionalna regulacija ključna je za smanjenje simptoma eksternaliziranih poremećaja. Kod uvježbavanja samokontrole djecu se uči da uspore svoje emocionalne reakcije i razmotre različite alternative prije nego što reagiraju. Pomoću tehnike samo-opažanja djeca uočavaju okidače za vlastitu ljutnju i agresivne reakcije. Svjesnost o postojanju tih okidača koristi im u stjecanju vještina samokontrole (10). Jedna od uobičajenih tehnika samokontrole je trijada samokontrole – postupak koji prekida nepoželjno stanje ili ponašanje. Dijete kada osjeti intenziviranje osjećaja ljutnje zamišlja da glasno vikne „STOP!“ ili vizualizira taj znak. Neposredno nakon zaustavljanja pokuša se umiriti bilo relaksacijom ili preusmjeravanjem pažnje (distrakcijom). Treći dio ove tehnike je nagradivanje djeteta kada dođe do smanjivanja intenziteta ljutnje i/ili agresivne reakcije kako bi se potkrepljenjem povećala učestalost željenog ponašanja, odnosno samokontrole. Preusmjeravanje pažnje jedan je od načina za smanjenje uznemirenosti, a posebno je korisno u situacijama kada je dijete preplavljeno osjećajima i zbog toga nije moguća druga strategija, na primjer relaksacija (16). Pažnja se može preusmjeriti na trbuš, tijelo ili ugodnu scenu, muziku, slikovnice, lego kocke, crtanje ili fizičku aktivnost (10). Starije dijete se može podučiti da se na kraju i samo nagradi materijalno (naljepnice, slatkisi, igračke) ili pozitivnim samozjavama („Bravo, uspio sam ostati smiren“, „Super sam uspjela“, „Bravo ja“, „Mogu ja to“) čime se potiče osjećaj zadovoljstva, ponosa i moći kada se uspije kontrolirati i čime postaje manje ovisno o nagradovanju od strane odraslih.

*Tehnike relaksacije* pomažu u prevenciji eskalacije ljutnje (10), a kod djece se primjenjuju abdominalno disanje, vođena imaginacija i progresivna mišićna relaksacija. Za mlađu djecu potrebna je prilagodba tehnika. Abdominalno disanje se može djetetu objasniti da zamisli kao da u trbušu ima balon koji onda napuhuje, a progresivna mišićna relaksacija, kojom se opuštaju skupine mišića po cijelom tijelu, provoditi u formi priče (17). Vođeno zamišljanje je relaksacijska tehnika kojom se od djeteta traži što vjernije predočavanje smirujućih scena ili događaja.

*Modeliranje* je tehnika kojom terapeut u seansi, a roditelj kod kuće demonstriraju djetetu ciljano ponašanje, a dijete ga usvaja promatranjem te kasnije ga samo opisuje i izvodi. *Ima-*

*ginativna tehnika* unutarnje modeliranje temelji na činjenici da tijelo ne razlikuje zamišljaj od realnosti. Dijete zamišlja željeno ponašanje i njegove pozitivne posljedice čime se događa unutarnje kondicioniranje - proces mijenjanja ponašanja zamišljenim povezivanjem ponašanja i njegovih posljedica.

*Potkrepljivanje.* Kako bi se pospješila modifikacija ponašanja, ključno je u terapiji koristiti potkrepljenje. Potkrepljenje je događaj čija pojava nakon željenog ponašanja povećava vjerojatnost ponavljanja tog ponašanja. Potkrepljavači mogu biti socijalni (pohvala roditelja, nastavnika, ili druge značajne osobe u životu djeteta) i materijalni (manje i veće nagrade). Unaprijed se određuje željeno ponašanje za koje će se primjenjivati nagrade i vrsta nagrade; na primjer svaki puta kada se dijete uspije kontrolirati i ne reagira agresivno, dobije manju nagradu (naljepnicu, keks, bombon, čokoladicu ili smješkića), a za više manjih nagrada neku veću nagradu (igračku, knjigicu, odlazak u kino, igraonicu).

#### *Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnom tretmanu djece s eksternaliziranim poremećajima*

Kognitivne tehnike su usmjerenе na mijenjanje iskrivljenih misli djeteta vezanih uz socijalne situacije koje su za dijete frustrirajuće ili provokativne (10), a koje su u osnovi neadekvani i agresivnih ponašanja djece s eksternaliziranim poremećajima.

*Psihoeduksacija* podrazumijeva podučavanje roditelja i djeteta o djetetovom poremećaju, kognitivno bihevioralnom modelu ljutnje i agresivnog ponašanja i BKT tretmanu. Djetetu je prikladnije opisati problematično ponašanje, umjesto da mu se govori o dijagnozi. Potrebno je djetetu i roditeljima pružiti osnovne informacije o poremećaju kako bi neke od djetetovih problema počeli pripisivati poremećaju i na taj način smanjili (samo)kritičnost i krivnju (16). Na primjer, ako se dijete s hiperkinetskim poremećajem trudi izvršavati školske obaveze, važno je za početak nagradjivati njegov trud, bez obzira što često ne uspije do kraja odraditi neki zadatak, jer je teškoća u dovršavanju zadataka simptom hiperkinetskog poremećaja.

*Identifikacija i evaluacija negativnih automatskih misli.* Uz ranije opisane tehnike identifikacije i procjene intenziteta osjećaja kojima djeca povezuju triger situaciju s afektivnim odgovorom, uči ih se i da prepozna i svoje negativne automatske misli u tim situacijama. Na taj način djeca još bolje utvrđuju povezanost između misli, osjećaja i ponašanja. Propitkivanjem točnosti negativnih automatskih misli dijete se potiče na zamjenu alternativnim, realnijim i funkcionalnijim mislima. Na primjer, djevojčica u dobi od 5 godina kojoj je mlađa sestra od 2 godine pošarala crtež imala negativnu automatsku misao „Sestra je to namjerno napravila“. Kognitivnom restrukturacijom uz dokaze za navedenu misao, dokaze protiv misli, alternativno viđenje situacije djevojčica je pronašla novu realniju misao „Sestra me htjela oponašati, htjela je crtati kao i ja, a i ja ponekad oponašam mamu i oblačim njezine cipele“.

*Verbalne samoinstrukcije (samo-govor).* Unutrašnji samogovor je mehanizam samoregulacije koji djeca normalno razvijaju u dobi od 6 do 7 godina. Djeca s eksternaliziranim simptomima i poremećajima pokazuju deficit unutrašnjeg samogovora te se u KBT radi na stjecanju ovog mehanizma na način da dijete u početku izvodi neki zadatak uz verbalno vođenje od strane terapeuta, kasnije dijete samo glasno govori upute, potom šapćući i na kraju dijete obavlja zadatak vodeći ponašanje unutrašnjim govorom. Uvježbavanjem se djecu uči da prepoznaju misli koje pojačavaju i umanjuju ljutnju te da shvate utjecaj samogovora na emocije i ponašanje (10).

*Samoumirujuće rečenice* su samoizjave koje djeci koriste u smanjenju neugodnih emocija poput ljutnje (npr. „Nije vrijedno da se oko toga ljutim“; „Samo me želi nadjutiti, neću se dati“). Djecu se potiče da sama smisle svoje izjave koje im pomažu. Korisne su i pozitivne samoizjave koje mogu biti verbalne samopohvale kod ostvarivanja poželjnih obrazaca ponašanja (npr. „Super, uspjela sam ostati smirena“, „Bravo, riješio sam problem razgovorom“ i sl.).

*Tehnike rješavanja problema u socijalnim situacijama i trening socijalnih vještina.* Uvježbavanje tehnikе rješavanja problema u socijalnim odnosima može se provoditi kroz igre uloga koje su naročito prikladne za djecu (16). Međutim, postoje i strukturirani programi za trening socijalnih vještina i rješavanje problema u socijalnim odnosima. Jedan od najpoznatijih programa za djecu predškolske i rane školske dobi razvili su Spivack i Shure (18). Cilj programa je naučiti djecu kako da misle, a ne što da misle pomoću igranja uloga, slikovnih priča i igračaka. Pomoću razgovora djecu se potiče da smisle što više različitih mogućnosti za reagiranje u određenoj situaciji te da razmisle o mogućim posljedicama svakog od tih postupaka. S vještinom koju dijete tada ima, ono može izabrati je li neko ponašanje prikladno ili nije zbog posljedice kojom će rezultirati. Pokazalo se da djeca koja razviju ovu vještinu rješavanja problema mogu bolje procijeniti i izabrati jedno od različitih mogućnosti/rješenja problema, isprobati novi način u slučaju neuspjeha, doživjeti manje frustracije i manje simptoma loše prilagodbe (18). Na kraju programa djeca su bila manje impulzivna tj. sposobnija pričekati na ono što žele, manje zahtjevna, bolja u izmjenjivanju igračaka i manje uznemirena u frustrativnoj situaciji (18).

*Trening asertivnosti* uči djecu izraziti svoje viđenje situacije i zauzeti se za sebe, na način da se poštuje druga osoba. Terapeut s djetetom koristi igru uloga u određenoj situaciji. Kod mlađe djece obično prvo terapeut glumi dijete i kao model prikazuje asertivno ponašanje, a nakon toga zamijene uloge te dijete vježba novo ponašanje.

*Tehnika zauzimanja stajališta* usmjerava djecu na razmatranje učinaka njihova lošeg ponašanja na druge te ih se podučava da budu osjetljivi na ono što drugi misle i osjećaju. Kada djeca nauče osvještavati učinke vlastitog neadekvatnog ponašanja na druge, lakše kontroliraju ljutnju prije

nego ih ona potpuno preplavi (10). Ova tehnika nešto je zahtjevnija za djecu mlađe dobi zbog kognitivne nezrelosti i egocentrizma, teškoće u shvaćanju stajališta drugih osoba.

## ULOGA RODITELJA U KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOM TRETMANU DJECE S EKTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

U terapiji kod mlađe djece iznimno je važna uloga roditelja. Uključenost roditelja u KBT djece s eksternaliziranim poremećajima povećava učinkovitost tretmana (10,25,27,30). Roditelje se potiče na aktivno sudjelovanje u planiranju i provođenju terapijskog programa. Roditelji kao koterapeuti pomažu djetetu u uvježbavanju vještina terapijskog programa te generalizaciji, odnosno prenošenju stečenih vještina u svakodnevni život (osvještavanje i imenovanje osjećaja i procjena njihovog intenziteta, samokontrola i kognitivna restrukturacija). Naročito je značajna uloga roditelja u potkrepljivanju pozitivnih obrazaca ponašanja koje dijete uspije postići pohvaljivanjem i materijalnim nagradama. Važno je da roditelji prate uspješnost terapijskog programa te uočavaju nedostatke o čemu izvještavaju terapeuta i s njim dogovaraju nastavak terapije. Osim rada s djetetom, roditelje se potiče da rade i na vlastitoj samokontroli ljutnje i anksioznosti te kognitivnoj restrukturaciji vlastitih automatskih negativnih misli i disfunkcionalnih vjerovanja (npr. negativna automatska misao roditelja „Nikad ne uspijem izaći na kraj s ovim djetetom“ zamijenjena je u „Moje je dijete zahtjevno, ima teških situacija u odgoju s njim, ali u većini situacija ih uspijemo prebroditi.“) (10).

## POTEŠKOĆE U PRIMJENI KOGNITIVNIH TEHNIKA KOD MLAĐE DJECE

S obzirom na razvojne karakteristike djece mlađe dobi u primjeni kognitivnih tehnika prisutne su stanovite poteškoće i ograničenja o kojima treba voditi računa tijekom terapije. Prema teoriji kognitivnog razvoja Jeana Piageta, dob između 2. i 7. godine pripada predoperacijskom razdoblju u kojem vlada egocentrizam na predodžbenoj razini. Mlađe predoperacijsko dijete ima vrlo ograničenu sposobnost predočavanja psihičkog iskustva i stajalište neke druge osobe čija je perspektiva različita od njegove. Umjesto toga četverogodišnjak ili petogodišnjak ponaša se često kao da svi dijete njegov pogled na svijet, vide ono što i on vidi, osjećaju ono što i on osjeća, znaju ono što on zna. Pritom valja napomenuti da egocentrizam ne znači egoizam ili sebičnost, već jednostavno teškoću u preuzimanju stajališta drugih osoba. Dijete nije u stanju prepoznati perspektivu mišljenja druge osobe, realno je samo ono što on vidi i doživljava, ne može uvidjeti kako to drugi vide i doživljavaju (19).

U kognitivnoj restrukturaciji negativnih automatskih misli kod mlađe djece koriste se misaoni oblačići za iden-

tifikaciju misli, a u pronalaženju realnijeg i adaptivnijeg odgovora uz traženje dokaza za i protiv negativnih misli, sokratovskim ispitivanjem prilagođenim kognitivnom razvoju mlađe dječe dobi uz korištenje usporedbi i metafora traga se s djetetom za alternativnim viđenjem situacije (na primjer: „Namjerno se ne želi maknuti“ misao je djevojčice dok otac gleda TV i ne miče se, a ona želi staviti knjige na policu, nakon čega mu djevojčica razdere košulju, a alternativni odgovor je bio „Tata je gledao utakmicu, kako se zagledao kao kad ja gledam crtiće i ne čujem mamu, nije me video i zato se nije maknuo“).

Djeca u mlađoj dobi imaju i poteškoće u sekvenčijskom mišljenju kod rješavanja problema (10). Sekvenčijsko mišljenje je proces u kojem se misli i postupci stavljaju u redoslijed prema važnosti. To omogućuje donošenje ispravne odluke. Sekvenčijalno mišljenje podrazumijeva dobro razvijene organizacijske sposobnosti i dosljedno poštivanje redoslijeda postupaka što kod mlađe djece još nije dovoljno razvijeno [na primjer: dijete želi igračku koju ima njegova sestra i zna da treba promisliti o tome kako sve može postupiti da dobije igračku (generiranje rješenja), no preskoči procjenu kakve bi posljedice svako od rješenja moglo imati (sekvencu tehnike rješavanja problema) i nasumično izabere neko rješenje, umjesto da razmišljajući o mogućim posljedicama izabere rješenje koje je najbolje za sve].

U grupnom tretmanu dječa u dobi od 5 do 7 godina su motorički aktivnija i teže slijede strukturu grupne seanse kao što su sjedenje na mjestu, čekanje svog reda, davanje važnih komentara i slično. Zbog navedenih ponašajnih i socio-kognitivnih karakteristika mlađe djece potrebna je prilagodba strukture i sadržaja grupnih seansi dobi dječa koja su uključena u ovu vrstu tretmana (20).

## UČINKOVITOST KBT DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

Rezultati nekoliko meta-analiza upućuju na učinkovitost KBT u prevenciji i smanjenju agresivnog i ometajućeg ponašanja kod djece s eksternaliziranim poremećajima. Sukhodolsky i sur. (21) proveli su meta-analizu u koju je uključeno 40 istraživanja ishoda tretmana KBT programa namijenjenih radu na osjećaju ljutnje i agresivnosti kod djece. U ovim istraživanjima sudjelovalo je ukupno 1953 djece u dobi od 7 do 17,2 godine (s prosječnom dobi od 12,5 godina), od kojih su većina bila uključena u neki oblik grupne terapije. Evaluirani tretmani su bili kratki, između 8-18 seansi. Prosječna veličina učinka tretmana u istraživanjima uključenima u meta-analizu u rasponu je srednjih vrijednosti ( $\eta^2=0,67$ ). Pri tome je utvrđena veličina učinka intervencija namijenjenih djeci s problemima umjerene težine visoka ( $\eta^2=0,80$ ) u odnosu na intervencije za dječa s visokom ( $\eta^2=0,59$ ) i niskom razinom problema ( $\eta^2=0,57$ ). Razlike u učinkovitosti intervencija također su utvrđene i između četiri kognitivno-bihevioralne tehnike – trening

vještina ( $\eta^2=0,79$ ), multimodalni tretman (tretman u kojem je uključen i roditelj) ( $\eta^2=0,74$ ), rješavanje problema ( $\eta^2=0,67$ ) i afektivna edukacija ( $\eta^2=0,36$ ) (15). Kod djece s izrazito jakim poremećajem ponašanja, pokazalo se da intenzivno uvježbavanje tehnika rješavanja problema značajno poboljšava ponašanje djece (22, 23).

Rezultati meta-analize Robinsona i sur. (24) koja je uključivala 23 istraživanja pokazuju da je veličina učinka KBT na eksternalizirane ponašajne probleme  $\eta^2=0,64$ , pri čemu 88 % istraživanja govori o pozitivnim rezultatima. McCart i sur. (25) utvrđuju nižu razinu učinka ( $\eta^2=0,35$ ) uz napomenu da su više razine učinka KBT nađene za adolescente nego za mlađu dječu vjerojatno zbog više razine kognitivnog razvoja adolescenata u odnosu na dječu mlađe dobi što je u skladu s teškoćama u primjeni kognitivnih intervencija kod mlađe djece opisanih u ovom radu. Iako pristupi starijoj dječi često uključuju napredne socijalne vještine, KBT programi za uvježbavanje rješavanja problema se mogu primjenjivati s djecom svih dobi i kognitivnih sposobnosti. Program treninga rješavanja problema u socijalnim situacijama (18) u brojnim istraživanjima pokazao se korisnim za dječu predškolske dobi, iako je kod mlađe djece slabije razvijeno apstraktno mišljenje (26).

Terapija u kojoj roditelji sudjeluju kao koterapeuti dovodi do najvećih i najtrajnijih poboljšanja u ponašanju djeteta u usporedbi s intervencijama usmjerenima samo na dijete (27). Kod mlađe djece u dobi od 4 do 8 godina uključivanje roditelja kao koterapeuta povećava učinkovitost KBT te dolazi do smanjenja agresivnosti i drugih eksternaliziranih ponašanja, a poboljšavaju se strategije rješavanja konfliktata (28). Od dugoročnih ishoda uključivanje roditelja u KBT smanjuje delinkvenciju i poboljšava izvršavanje školskih obveza u razdoblju i 4 godine nakon terapijskih intervencija (29). Ovi podatci upućuju na važnost provođenja KBT s djetetom i s roditeljem (30). Međutim, važno je istaknuti i da se u najvećoj mjeri pozitivne promjene ponašanja mogu postići u mlađe djece, ispod 8 godina, kod kojih nisu prisutni izrazito teški problemi ponašanja (31).

## ZAKLJUČAK

Primjenom kognitivnih tehnika u radu s djecom s eksternaliziranim poremećajima postiže se da djeca disfunkcionalne misli zamijene alternativnim, funkcionalnijim i realnijim mislima te kognitivnim procesima koji dovode do smanjenja ljutnje i agresivnog i odstupajućeg ponašanja. Pri tome je važno kod djece mlađe dobi voditi računa o njihovoj kognitivnoj nezrelosti koja se očituje u egocentrizmu zbog kojeg imaju poteškoće u shvaćanju perspektive druge osobe. Kognitivne tehnike treba prilagoditi razvojnim karakteristikama djeteta i kombinirati ih s bihevioralnim tehnikama. Kod KBT, osobito mlađe djece s eksternaliziranim simptomima, preporuča se uključivanje roditelja kao pomoćnog terapeuta u primjeni kognitivnih i bihevioralnih intervencija što po-

spješuje učinke tretmana (32). U najvećoj mjeri pozitivne promjene ponašanja mogu se postići u mlađe djece, ispod 8 godina, kod kojih nisu prisutni izrazito teški problemi ponašanja. Taj rezultat naglašava važnost prevencije i ranih intervencija eksternaliziranih poremećaja u djece mlađe dobi.

## LITERATURA

1. Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 126-41.
2. Farrington DP. Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. U: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.
3. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: A review of empirical efforts. *Psychol Bull* 1978; 85: 1275-1301.
4. Oatley K, Jenkins, JM. Razumijevanje emocija, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
5. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
6. Kupersmidt J, Coie JD, Dodge KA. The role of poor peer relationships in the development of disorder. U: SR Ascher, JD Coie, eds. *Peer Rejection in Childhood*. New York: Cambridge Univ. Press, 1990.
7. Lochman JE, Wayland KK. Aggression, social acceptance and race as predictors of negative adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1026-35.
8. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal Child Psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 2005.
9. Caspi A, McClay J, Moffitt T i sur. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4.
10. Kendall CP. *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-Behavioral Procedures*, New York: The Guilford Press, 2006.
11. Wasserman GA, Seracini AG. Family Risk Factors and Interventions. U: Loeber R, Farrington D, eds. *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
12. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
13. Ellis ML, Weiss B, Lochman JE. Executive functions in children: associations with aggressive behavior and social appraisal processing. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 945-56.
14. Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 366-74.
15. Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011; 20: 305-18.
16. Beck J. *Osnove kognitivne terapije*, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2011.
17. Koeppen AS. Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1974; 9: 14-21.
18. Shure M, Spivack G. A Preventive Mental Health Program for Young „Inner City“ Children: The Second (Kindergarten) Year. Paper presented at the 83rd Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, 1975.
19. Berk LE. Psihologija cijeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
20. Lochman JE, Fitzgerald DP, Whidby JM. Anger management with aggressive children. U: Schaefer C, ed. *Short-term Psychotherapy Groups for Children*. Northvale, NJ: Aronson, 1999.
21. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2004; 9: 247-69.
22. Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psych* 1987; 55: 76-85.
23. Kazdin AE, Bass D, Siegel T, Thomas C. Cognitive-behavioral treatment and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psych* 1989; 57: 522-35.
24. Robinson TR, Smith SW, Miller MD i sur. Cognitive behavior modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: a meta-analysis of school-based studies. *J Educ Psychol* 1999; 91: 195-203.
25. McCart MR, Priester PE, Davies WH i sur. Differential effectiveness of behavioral parent training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 527-43.
26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem-solving in young children: a cognitive approach to prevention. *Am J Commun Psychol* 1982; 10: 341-56.
27. Kazdin AE, Siegel TC, Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 733-47.
28. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *J Child Psychol Psych* 2001; 42: 943-52.
29. Tremblay RE, Pagani-Kurtz L, Masse LC, Vitaro F, Pihl RO. A bi-modal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 560-8.
30. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Parent-focused and cognitive-behavioral treatments of antisocial youth. U: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 1997.
31. Essau CA, Conradt J. Agresivnost u djece i mladeži, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
32. Kendall PC, MacDonald JP. Cognition in the psychopathology of youth and implications for treatment. U Dobson KS, Kendall PC, eds. *Psychopathology and Cognition*. San Diego, CA: Academic Press, 1993.

## SUMMARY

### THE COGNITIVE TECHNIQUES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF YOUNGER CHILDREN WITH EXTERNALIZING DISORDERS

V. BORIČEVIĆ MARŠANIĆ<sup>1,2</sup>, I. ZEČEVIĆ<sup>1</sup>, LJ. PARADŽIK<sup>1</sup>, D. ŠARIĆ<sup>1</sup> and LJ. KARAPETRIĆ BOLFAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Psychiatric Hospital for Children and Adolescents, Zagreb, and*

<sup>2</sup>*Josip Juraj Strossmayer University of the Osijek Medical School, Osijek, Croatia*

*Children with externalizing disorders (ED) show symptoms of uncontrolled behavior which causes disturbances in their environment and are therefore the most common cause of referral for assessment and treatment in mental health services. ED are caused by the interaction of biological, psychological and social factors. Children with ED have specific socio-cognitive characteristics that maintain the symptoms, and many therapeutic interventions within cognitive-behavioral therapy (CBT) are focused on their modification.*

*This article presents the cognitive behavioral model of ED in children and techniques of CBT, and the specifics of cognitive techniques in younger children in particular. Research results of the effectiveness of CBT in childhood ED are presented, which showed significant reductions of symptoms, especially when parents were included as cotherapists. Prognosis was better if treatment started at a younger age.*

*Key words:* externalizing disorders, cognitive-behavioral therapy, children

## GRUPNI BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI TRETMAN STUDENATA SA SOCIJALNOM ANKSIOZNOSTI

IVANKA ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ i INES JAKOVČIĆ<sup>1</sup>

*Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju i <sup>1</sup>Sveučilišni savjetovališni centar, Rijeka, Hrvatska*

*Socijalni anksiozni poremećaj je pretjerani strah koji osoba doživljava u različitim socijalnim situacijama u kojima postoji mogućnost procjenjivanja od strane drugih ljudi. Zbog straha da će biti negativno procijenjene te korištenja izbjegavanja i sigurnosnih ponašanja kao strategije suočavanja sa strahom, socijalno anksiozne osobe upadaju u záčarani krug koji održava problem.*

*U radu je prikazan grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznosti u trajanju od 8 susreta i jednim susretom praćenja u koji je bilo uključeno 6 studenata u dobi od 19 do 29 godina. Ciljevi tretmana bili su: poučiti studente kako se nositi s anksioznosti, poboljšati svakodnevno funkcioniranje povećavanjem broja situacija s kojima se suočavaju te motivirati studente na nastavak izlaganja nakon završetka tretmana. Korištene su bihevioralne i kognitivne intervencije s naglaskom na postupno izlaganje i kognitivno restrukturiranje.*

*Nakon tretmana klijenti izvještavaju o boljoj funkcionalnosti te postižu niže rezultate na mjerama socijalne anksioznosti.*

*Ključne riječi:* socijalna anksioznost, bihevioralno-kognitivna terapija, grupni tretman, studenti

*Adresa za dopisivanje:* Prof. dr. sc. Ivanka Živčić-Bećirević  
Odsjek za psihologiju  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Sveučilišna avenija 4  
51 000 Rijeka, Hrvatska  
E-pošta: izivcic@ffri.hr

### UVOD

Socijalni anksiozni poremećaj je pretjerani strah koji osoba doživljava u različitim socijalnim situacijama u kojima postoji mogućnost procjenjivanja drugih ljudi (1). Jedan je od najčešćih anksioznih poremećaja i četvrti najčešći psihijatrijski poremećaj, sa životnom prevalencijom u rasponu od 3 % do 13 % (2). Ima kronični tijek te značajno ometa funkcioniranje i smanjuje kvalitetu života pojedinca. Osobe sa socijalnom anksioznosti najčešće se

boje da će biti negativno procijenjene zbog čega nerijetko izbjegavaju ugrožavajuće socijalne situacije. Problem se javlja u različitim socijalnim interakcijama, kao što je upoznavanje novih ljudi ili vođenje razgovora, situacijama u kojima osoba mora nešto raditi pred drugim ljudima (npr. jesti, pitи, pisati i sl.), situacijama javnog izlaganja pred drugim ljudima (držanje seminara, pjevanje, sviranje..) te izražavanja neslaganja s drugima i obraćanje autoritetu.

Socijalna anksioznost je uobičajen problem i među studentima, a podaci o zastupljenosti kreću se od 9,6 % (3) do 11,6 % (4), s nešto većom učestalošću kod djevojaka. Dell'Osso i sur. (5) nalaze da čak 28,6 % studenata postiže visok rezultat na ljestvici socijalne anksioznosti. Premda je javni nastup uobičajena akademska aktivnost, socijalna se anksioznost kod studenata najčešće manifestira upravo u obliku straha od javnog izlaganja koji nerijetko ometa obavljanje zadataka i umanjuje njihova akademska postignuća.

U nastanku ovog poremećaja sudjeluje niz bioloških i psihosocijalnih faktora. U nastavku će ukratko biti prikazan bihevioralno-kognitivni model socijalne fobije na kojem se zasniva i bihevioralno-kognitivni pristup tretmanu ovog poremećaja.

### BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI MODEL NASTANKA I ODRŽAVANJA SOCIJALNE ANKSIOZNOSTI

Clark i Wells (6) te Rapee i Heimberg (7) predlažu temeljni bihevioralno-kognitivni model socijalne fobije. U središtu modela je percepcija sebe kao socijalnog objekta, tj. usmjerenost na percepciju osobne izvedbe u socijalnim situacijama (8). S ciljem sprječavanja predvidene „socijalne katastrofe“ socijalno fobične osobe koriste niz sigurnosnih ponašanja, od kojih neka mogu čak pojačati simptome (npr. čvrsto držanje olovke da im ne bi zadrhatala ruka) ili interferiraju s uspjehom izvedbom (npr. razmišljanje o tome što će reći umjesto da se usmijere na ono što govori sugovornik). Sigurnosna ponašanja jedan su od glavnih čimbenika u održavanju poremećaja jer sprječavaju razuvjeravanje osobe da se očekivana „katastrofa“ neće dogoditi, a zapravo mogu povećati i vjerojatnost da se zastrašujuće posljedice zaista dogode (npr. da u socijalnoj interakciji zaista ispadnu socijalno nespretni i manje zanimljivi). Povećanoj usmjerenosti pažnje na sebe pridonosi i anticipatorno procesiranje (ruminiranje o nadolazećoj socijalnoj situaciji) i tzv. *post-event* procesiranje (detaljno analiziranje vlastitog ponašanja nakon sudjelovanja u socijalnoj situaciji s naglaskom na moguće propuste i neuspjeh), što samo pojačava negativnu sliku o sebi i anksioznost u sljedećoj sličnoj situaciji.

Clark i Wells (6) smatraju da socijalno anksiozne osobe postavljaju sebi visoke i nerealistične standarde, te prepostavljaju da će određeno ponašanje rezultirati nepoželjnim socijalnim posljedicama (npr. „Ako govorim pred grupom, blokirat ću i svi će mi se smijati“). Istraživanja potvrđuju da socijalno anksiozne osobe imaju općenito više negativnih nego pozitivnih misli tijekom socijalnih interakcija, više razmišljaju o dojmu kojeg će ostaviti na druge ljude, boje se da će drugi ljudi vidjeti njihove simptome anksioznosti i negativno ih interpretirati (9) ili da će se ponašati neadekvatno, odnosno da njihova izvedba neće biti na onoj

razini koju su očekivali ili željeli (10,11). U pravilu podejnuju kvalitetu svojih socijalnih interakcija, a procjenu više temelje na subjektivnom doživljaju znakova anksioznosti nego na reakcijama drugih (12,13). Skloni su negativnim interpretacijama nejasnih socijalnih situacija (14,15) te bolje pamte negativne socijalne komentare.

Pored ovih uvjetovanih pretpostavki imaju i vrlo rigidna pravila o socijalnom ponašanju (npr. „Uvjek moram tečno govoriti“, „Ne smijem pokazati znakove anksioznosti“), a prisutna su i bezuvjetna bazična vjerovanja o vlastitoj neadekvatnosti, manjkavosti i/ili nepoželjnosti (npr. „čudna sam, dosadna sam“ i sl.).

Izbjegavajuće ponašanje ima ključnu ulogu u održavanju poremećaja. Izbjegavanjem neugodne situacije pojedinac uspijeva smanjiti napetost i doživjeti neposredno olakšanje, međutim, dugoročno ono ima negativne učinke. Pojedinac ne dobiva informacije koje bi mogle biti suprotne njegovim pretpostavkama pa se tako negativna predviđanja potvrđuju. Osoba ne sudjeluje u brojnim situacijama i aktivnostima u kojima bi željela i postiže manje uspjeha. Veća je vjerojatnost da će i ubuduće izbjegći sličnu situaciju, a pojačava se i osjećaj neadekvatnosti i nekompetentnosti.

### BIHEVIORALNO-KOGNITIVNI TRETMAN SOCIJALNE ANKSIOZNOSTI

Brojna istraživanja potvrđuju učinkovitost bihevioralno-kognitivne terapije za anksiozne poremećaje općenito i superiornost u odnosu na liste čekanja i druge psihoterapijske intervencije, uključujući psihodinamsku terapiju (16). Niz istraživanja provedenih tijekom proteklih 20 godina potvrđuje i učinkovitost bihevioralno-kognitivnih tretmana u tretmanu socijalne fobije (17-19), što je dokazano i u nekoliko meta-analiza s visokom veličinom učinka od .89 (20-22).

Empirijski dokazani tretmani za socijalnu fobiju uključuju strategije zasnovane na izlaganju, kognitivne strategije, tehnike opuštanja te trening socijalnih vještina (23). Bihevioralne intervencije uključuju postupno izlaganje zastrašujućim situacijama (npr. govor u javnosti) i socijalnim interakcijama (razgovor s nepoznatom osobom), kao i igranje uloga (npr. uvježbavanje razgovora za posao). Trening socijalnih vještina uključuje uvježbavanje komunikacijskih, asertivnih i drugih socijalnih vještina, ali istraživanja ne potvrđuju dodatnu korist ovih tehniki osim primjene samo postupnog izlaganja (24). Odustajanje od sigurnosnih ponašanja tijekom izlaganja ključno je za postizanje većih terapijskih promjena (25,26).

Meta-analize potvrđuju da kombinacija kognitivnih intervencija i izlaganja daje najbolje rezultate, u usporedbi sa samo jednom od tih tehniki i dodavanjem treninga socijalnih vještina (13,27). Rezultati istraživanja ne potvrđuju doprinos kombinacije BKT tretmana s upotrebotom lijekova

(28-30). Danas se smatra da kombinacija izlaganja i kognitivne restrukturacije daje najbolje rezultate, tim više što se ove dvije tehnike stalno isprepliću. Osim desenzibilizacije, izlaganje dovodi i do kognitivne promjene, dok kognitivne tehnike (osobito bihevioralni eksperimenti) također uključuju neki oblik izlaganja.

Premda neke usporedbe individualnog i grupnog BKT tretmana često upućuju na podjednake rezultate, neka istraživanja ipak ističu jače učinke individualnog tretmana (13, 31-34). Usprkos nešto većoj učinkovitosti individualnog bihevioralno-kognitivnog tretmana socijalne fobije, grupni tretmani su dostupniji većem broju klijenata. Jedna od prednosti grupnog tretmana je i to što omogućuje uvježbavanje vještina, igranje uloga te dobivanje neposredne povratne informacije od drugih članova grupe u okviru sigurnog okruženja što nije jednostavno postići u individualnom tretmanu (35). Osim toga, grupni tretman osigurava učenje po modelu (od drugih članova grupe), dobivanje ohrabrenja za uvježbavanje novih vještina kao i za izlaganje novim i zastrašujućim situacijama.

Grupni bihevioralno-kognitivni tretman socijalne anksioznosti Heimberga i Beckera (36) smatra se „zlatnim standardom“ u tretmanu socijalne fobije. Njegova je učinkovitost potvrđena u većem broju studija, a terapijske promjene zadržane su i u razdoblju praćenja nakon 6 godina (12,37). Glavne komponente ovog tretmana su izlaganje neugodnim situacijama u seansi, kognitivno restrukturiranje te domaće zadaće u vidu izlaganja u živo. Započinje se kognitivnim intervencijama budući da postoje dokazi da je grupni tretman socijalne fobije učinkovitiji kad one prethode tehnikama izlaganja (38).

## CILJ RADA

Glavni je cilj rada opisati skraćeni Heimbergov i Bečkerov (36) grupni bihevioralno-kognitivni tretman socijalne anksioznosti, te prikazati učinke tako prilagođenog tretmana provedenog s grupom studenata.

## PRIKAZ GRUPNOG TRETMANA STUDENATA SA SOCIJALNOM ANKSIOZNOSTI

### *Sudionici*

U grupni tretman bilo je uključeno 6 studenata riječkog Sveučilišta u dobi od 19 do 28 godina, od kojih samo jedan mladić, premda se obično preporuča da barem dva člana budu suprotnog spola (36). Svi su navodili anksioznost u socijalnim situacijama kao jedan od svojih glavnih problema. Neki od njih su prije uključivanja u grupni tretman bili u kraćem individualnom tretmanu u Psihološkom savjetovalištu, dok se tijekom grupnog tretmana s jednom studenticom radilo individualno na njezinim depresivnim problemima.

### *Metode procjene*

Prije prvog susreta grupe, sa svakim je studentom proveden ulazni intervju tijekom kojeg su procijenjene njegove teškoće, ispitana podobnost za uključivanje u grupni tretman, te je sa svakim od njih izrađena individualna hijerarhija zastrašujućih situacija na temelju kojih su planirana izlaganja tijekom tretmana.

Na početku i na kraju svakog pojedinog susreta studenti su procjenjivali stupanj trenutno izražene anksioznosti na subjektivnoj ljestvici od 0 (uopće ne) do 10 (maksimalno). Na prvom i na posljednjem susretu, te na susretu praćenja održanom dva mjeseca nakon provedenog tretmana, studenti su ispunili dvije ljestvice namijenjene mjerjenju dva različita aspekta socijalne anksioznosti: 1. *Ljestvica anksioznosti u socijalnim interakcijama* (*Social Interaction Anxiety Scale* – SIAS; 39) i 2. *Ljestvica socijalne fobije* (*Social Phobia Scale* – SPS; 39). Oba upitnika sadrže po 20 čestica za koje studenti procjenjuju u kojoj se mjeri tvrdnje odnose na njih na ljestvici od 0 - nimalo karakteristično ili istinito za mene do 4 - jako/u potpunosti karakteristično ili istinito za mene. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem rezultata na svim česticama. Oba instrumenta već su ranije korištena s hrvatskim ispitnicima i pokazuju dobre metrijske karakteristike (40).

### *Ciljevi tretmana*

Ciljevi tretmana bili su poučiti studente vještinama nošenja s anksioznosti, poboljšati njihovo svakodnevno funkcioniranje povećavanjem broja situacija s kojima se suočavaju te ih motivirati za daljnja izlaganja nakon završetka tretmana.

### *Struktura grupnog tretmana*

Program je kreiran prema grupnom BKT tretmanu autora Heimberga i Beckera (36), ali je prilagođen potrebljama i mogućnostima studenata. Grupni tretmani nerijetko rezultiraju većim osipanjem članova grupe, a dodatna je teškoća usklađivanje rasporeda studenata s različitim studija. Iz tih je razloga originalnih 12 skraćeno na 8 susreta, kojima je dodan jedan odgodeni susret sa ciljem praćenja postignutih rezultata. Kraći osmotrijedni program u radu sa studentima predlažu i drugi autori (npr. 41). Tretman su provodila dva bihevioralno-kognitivna terapeuta, a grupni susreti održavali su se jednom tjedno u trajanju od po dva sata.

Na prvom susretu, nakon kratkog međusobnog upoznavanja i pojašnjenja pravila i načina rada u grupi, klijentima je objašnjen BKT model nastanka i održavanja socijalne anksioznosti, kao i plan tretmana. Na drugom susretu nglasak je bio na podučavanju o pogreškama u mišljenju, kognitivnoj restrukturaciji i bihevioralnim eksperimentima, pri čemu su korišteni osobni primjeri članova grupe. Za svakog je klijenta zajednički planiran bihevioralni eksperiment koji je trebalo provesti za domaću zadaću.

Od trećeg do sedmog susreta naglasak je bio na postupnim izlaganjima u seansi, planiranim na temelju ranije izrađenih individualnih hijerarhija. Na svakom su susretu provedena dva do tri izlaganja, a paralelno se radilo na prepoznavanju i ispravljanju pogrešaka u mišljenju, kao i prepoznavanju čimbenika koji otežavaju izlaganje te nalaženju strategija za njihovo prevladavanje.

Na zadnjem susretu studenti su izvjestili o postignutim promjenama, kao i o situacijama koje im još uvijek predstavljaju teškoće. Pokušalo ih se motivirati za ustrajanje u dalnjim izlaganjima uz kratko ponavljanje strategija koje im u tome mogu pomoći. Dva mjeseca nakon završetka grupnog tretmana održan je odgođeni susret s ciljem praćenja postignutih učinaka na kojem su studenti izvjestili o mogućim poboljšanjima ili pogoršanjima, teškoćama s kojima su se suočavali te o planovima za daljnje napredovanje.

#### *Terapijske tehnike*

U radu su korištene kognitivne tehnike, kao što su psihoedukacija, kognitivna restrukturacija i bihevioralni eksperiment. Poseban je naglasak bio na prepoznavanju negativnih automatskih misli koje potiču na ponašanje izbjegavanja (npr. „Ako sam anksiozan, ne mogu razgovarati s nepoznatim ljudima“). Restrukturiranjem takvih misli u funkcionalnije (npr. „Iako sam anksiozan, mogu reći nekoliko rečenica i pitati kolegu što imamo za zadaću. I drugi su ponekad anksiozni, a i ja sam u brojnim situacijama do sada uspio iako sam bio anksiozan“) potiče ih se i ohrabruje na izlaganje različitim situacijama, umjesto da ih izbjegavaju i time podržavaju pogrešne prepostavke.

*Bihevioralni eksperimenti* su najbrži i najučinkovitiji način za provjeru i mijenjanje pogrešnih očekivanja i vjerovanja pa se klijente poticalo na njihovu što češće primjenu. Npr. djevojka koja je izbjegavala sama otići u dućan jer je prepostavljala da „zbog neugode neće uspjeti staviti stvari u vrećicu i neće moći platiti, već će gledati u pod, ostaviti stvari na blagajni i izaći a da ne plati“ potaknuta je da to provjeri. Na sljedećem je susretu izvjestila kako je uspjela platiti račun i uspješno spremila kupljene stvari u vrećicu, premda joj je bilo neugodno. Na temelju tog iskustva naučila je da njezine prepostavke nisu uvijek točne te da može učiniti neki zadatak usprkos neugodi koju pri tome doživjava.

Ključna bihevioralna intervencija bilo je *postupno izlaganje* različitim situacijama koje izazivaju anksioznost na temelju individualno kreiranih hijerarhija. Tijekom seansi klijenti su se izlagali situacijama kao što su: započeti razgovor s drugom osobom u paru (pri čemu su se parovi u svakom susretu mijenjali kako bi se zadatak postupno otežavao), razgovarati o osobnim temama, pridružiti se već započetom razgovoru između dvije osobe, natočiti vodu ostalim članovima grupe, obaviti telefonski razgovor (sa ciljem traženja informacija) i sl.

Budući da se *domaća zadaća* smatra ključnom komponentom bihevioralno-kognitivnih tretmana koja značajno pridonosi terapijskom napretku, svaki je susret završavao zadatkom koji je trebalo obaviti do sljedećeg susreta. Nakon početnih zadaća usmjerenih na prepoznavanje i mijenjanje negativnih automatskih misli, sljedeće su bile usmjerene na izlaganja i provođenje bihevioralnih eksperimenata, npr. otići se slikati za osobnu iskaznicu, nazvati baku, inicirati neformalne razgovore s kolegama na hodniku, jesti u studentskom restoranu, prošetati sama centrom grada, otići na koncert i sl. Nastojalo se planirati više situacija kako bi izlaganje bilo što češće, po mogućnosti svakodnevno.

Korištenje kognitivnih i bihevioralnih strategija cijelo se vrijeme ispreplitalo, budući da su izlaganja davala priliku za restrukturiranje pogrešnih i nefunkcionalnih prepostavki i vjerovanja, dok se u pripremi i tijekom izlaganja koristila kognitivna restrukturacija.

#### *Rezultati provedenog grupnog tretmana*

Za evaluaciju provedenog tretmana korišteni su subjektivni iskazi klijenata, postignute promjene u njihovom ponašanju, subjektivna procjena anksioznosti na početku i na kraju svakog susreta te rezultati na primjenjenim ljestvicama anksioznosti.

Na kraju tretmana studenti izvještavaju o promjenama u načinu razmišljanja, odnosno o slabljenju utjecaja negativnih misli na njihovo ponašanje. Značajno su povećali broj situacija kojima se izlažu te su uvidjeli da pri tome često doživljavaju manju anksioznost od one koju su očekivali. U tablici 1 prikazan je primjer hijerarhije zastrašujućih situacija i procjene anksioznosti koju one izazivaju, na početku i na kraju tretmana.

Predma im neke situacije još uvijek izazivaju značajnu razinu anksioznosti, nakon tretmana studenti navode da se osjećaju spremnije te ih u značajno manjoj mjeri izbjegavaju. Naučili su da mogu nešto napraviti unatoč prisutnoj anksioznosti pa su ohrabreni i za daljnja izlaganja drugim neugodnim situacijama.

U tablici 2 prikazane su prosječne grupne procjene trenutno izražene anksioznosti na početku i na kraju svakog pojedinog susreta. Primjećuje se da je tijekom svakog susreta došlo do smanjenja doživljene anksioznosti te da su sa svakim susretom prosječne procjene bile sve niže. Zanimljivo je kako je jedna studentica početnu anksioznost subjektivno procijenila iznad maksimalne vrijednosti (procjenom 11 na ljestvici od 0 do 10), što ukazuje na njezinu ekstremno izraženu nelagodu na početku prvog susreta.

U tablici 3 prikazani su prosječni rezultati na primjenjenim ljestvicama anksioznosti. Može se uočiti smanjenje rezultata na zadnjem u odnosu na početni susret, a postignute promjene održale su se i dva mjeseca nakon tretmana.

Tablica 1.  
*Primjer hijerarhije zastrašujućih situacija*

Aktivnost	Stupanj nelagode (0-10)	
	Prije tretmana	Na kraju tretmana
Suprotstaviti se tuđem mišljenju	10	8
Susret s poznatom osobom	10	6
Crvenjenje u društву	10	6
Reći svoje mišljenje	9	8
Predstaviti svoju ideju	8	6
Predstaviti se pred grupom	8	6
Izlazak s društvom	8	5
Inicirati razgovor s drugom osobom	8	5
Gledati drugu osobu u oči	7	3
Šetnja	7	5
Održati prezentaciju pred grupom	6-7	5
Izaći i vratiti se u grupu	6	4
Razgovor s drugom osobom	6	5
Jesti pred grupom	5	2

Tablica 2.  
*Prosječne procjene anksioznosti na početku i na kraju svakog susreta*

	1. susret		8. susret		Susret praćenja	
	M	raspon	M	raspon	M	raspon
Početak susreta	9,4	7-11	3,5	1-6	1,5	0-3
Kraj susreta	5,6	3-7	1	0-3	0,5	0-1

Tablica 3.  
*Prosječni rezultati studenata na SIAS i SPS upitniku u tri točke mjerena*

	1. susret		8. susret		Susret praćenja	
	M	raspon	M	raspon	M	raspon
SIAS	59	53-64	42,6	39-46	45,6	36-52
SPS	47	24-59	24,8	9-41	24,6	9-31

## RASPRAVA

Provedeni skraćeni bihevioralno-kognitivni tretman s grupom socijalno anksioznih studenata, temeljen na Heimbergovom i Beckerovom programu (36), pokazao se vrlo uspješnim, što je u skladu s nalazima drugih autora (12,37). Nakon tretmana studenti postižu niže rezultate na primjenjenim mjerama socijalne anksioznosti, izvještavaju o manje izbjegavajućeg ponašanja, a njihove subjektivne procjene anksioznosti na početku i na kraju susreta sa svakim su se sljedećim susretom smanjivale.

Na kraju tretmana studenti spontano navode da im je u radu pomogao razgovor o vlastitom problemu s članovima grupe, odnosno spoznaja da „nisu jedini“, što ih je potaknulo i na otvaranje bliskim ljudima u svojoj okolini. Svidjela im se podrška i poticaj grupe te atmosfera razumjevanja u kojoj nije bilo osuđivanja, što je doprinijelo boljem razumijevanju sebe. Očito je da je blagotvorni učinak grupe imao svoj doprinos njihovom napredovanju, premda je grupna podrška ponajprije korištena za ohrabrvanje pojedinaca na izlaganja u seansama, kao i na planirana samostalna izlaganja između susreta.

Studenti ističu i korisnost specifičnih bihevioralnih i kognitivnih tehniku. Kao posebno korisno naveli su preusmjeravanje pažnje sa sebe na druge ljude, zbog čega su uspjeli uvidjeti da su i drugi ponekad anksiozni te da anksioznost koju subjektivno osjećaju nije vidljiva „izvana“ u tolikoj mjeri kao što su to prepostavljali.

Prepoznaju svoje negativne automatske misli i pogreške u mišljenju (osobito katastrofiziranje), uspješno im se suprotstavljaju i ne dozvoljavaju da ih sprječavaju u izlaganju željenim situacijama. Uvidjeli su značajnu dobit od izlaganja pa navode da su naučili da je „bolje pokušavati nego odustajati, te da se svaki dan treba izložiti nekoj situaciji koja im je neugodna“. Najkorisnija im je bila spoznaja da anksioznost ne treba posve ukloniti te da ih ona ne mora spriječiti u onome što žele učiniti. Proširenje repertoara situacija koje više ne izbjegavaju značajno je pridonijelo poboljšanju kvalitete njihovog svakodnevnog funkcioniranja na studiju i u socijalnim situacijama. Postignute promjene primjećuju i njihovi prijatelji i roditelji, što ih je dodatno ohrabrilo. S obzirom da je bihevioralno-kognitivna terapija primarno usmjerena na usvajanje novih vještina, može se očekivati nastavak napredovanja klijenata i nakon završenog tretmana, a u prilog tome ide i njihova motiviranost za daljnja samostalna izlaganja. Podatci dobiveni na susretu održanom dva mjeseca nakon završetka tretmana upućuju na to da su postignuti učinci uglavnom zadržani, a prema njihovim subjektivnim iskazima može se uočiti da su nastavili primjenjivati naučeno te da se uspješno nose s novim izazovima.

## ZAKLJUČAK

Provedeni grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznosti pokazao se vrlo uspješnim. Ekonomičnost koju pruža grupni tretman te dobri rezultati, postignuti čak i nakon skraćenog programa od samo 8 susreta koji predlažu i Björnsson i suradnici (41), potiču na daljnju primjenu grupnog tretmana studenata. S obzirom da su ovdje prikazani rezultati sa samom jednom prigodnom grupom klijenata koji su se javili u Psihološko savjetovalište za studente, u budućem se radu planira evaluacija skraćenog programa na većim uzorcima studenata, kao i longitudinalno praćenje postignutih učinaka.

## LITERATURA

1. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
2. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
3. Izgić F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 630-4.
4. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osorio F i sur. Social phobia in-Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *J Affect Disord* 2012; 136: 857-61.
5. Dell'Osso L, Abelli M, Pini S i sur. Dimensional assessment of DSM-5 social anxiety symptoms among university students and its relationship with functional impairment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 1325-32.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. U: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneider FR. Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press. 1995.
7. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35: 741-56.
8. Wells A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. New York: Wiley, 1997.
9. Roth DA, Antony MM, Swinson RP. Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behav Res Ther* 2001; 39: 129-38.
10. Wallace ST, Alden LE. Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognit Ther Res* 1995; 19: 613-31.
11. Wallace ST, Alden LE. Social phobia and positive social events: The price of success. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 416-24.
12. Hofmann SG, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence based and disorder-specific treatment techniques. New York: Routledge; 2008.
13. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2008; 38: 3-14.

14. Stopa L, Clark DM. Social phobia and interpretation of social events. *Behav Res Ther* 2000; 38: 273-83.
15. Hirsch C, Mathews A. Impaired positive inferential bias in social phobia. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 705-12.
16. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 710-20.
17. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 557-77.
18. Öst LG. Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 5-10.
19. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 595-606.
20. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behav Ther* 1995; 26: 695-720.
21. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis, *Clin Psychol-Sci Pr* 1997; 4: 291-306.
22. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82 :375-91.
23. Antony MM, Swinson RP. Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
24. Mersch PP. The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behav Res Ther* 1995; 33: 259-69.
25. Morgan H, Raffle C. Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 503-10.
26. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: The role of in-situuation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behav Ther* 1995; 26: 153-61.
27. Taylor S. Meta-analysis of cognitive behavioral treatment fo social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27: 1-9.
28. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD i sur. Fluowetine, comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1005-13.
29. Morissette SB, Spiegel DA, Barlow DH. Combining exposure and pharmacotherapy in the treatment of social anxiety disorder: A preliiminary study of state dependent learning. *J Psychopathol Behav Assess* 2008; 30: 211-19.
30. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 883-908.
31. Aderka IM. Factors affecting treatmnet efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 12-17.
32. Hedman E, Mörtberg E, Hesser H i sur. Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behav Res Ther* 2013; 51: 696-705.
33. Mortberg E, Clark DM, Stundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy versus treatment as usual in social phobia: a randomized control trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 142-54.
34. Strangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41: 991-1007.
35. Hope DA, Burns JA, Hayes SA, Herbert JD, Warner MD. Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognit Ther Res* 2010; 34: 1-12.
36. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: The Guilford Press, 2002.
37. Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 308-16.
38. Scholing A, Emmelkamp PMG. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31: 667-81.
39. Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther* 1998; 36: 455-70.
40. Juretić J. Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija sa-moefikasnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psiholozijske teme* 2008; 17: 15-36.
41. Bjornsson AS, Bidwell LC, Brosse AL i sur. Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial: Erratum. *Depress Anxiety* 2013; 30: 1145-6.

## SUMMARY

### GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF STUDENTS WITH SOCIAL ANXIETY

I. ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ and I. JAKOVČIĆ<sup>1</sup>

*University of Rijeka, Faculty of Letters, Department of Psychology and <sup>1</sup>University Council Center, Rijeka, Croatia*

*Social anxiety is the persistent and irrational fear that a person experiences in social situations in which there is a possibility of being evaluated by other people. Because of the fear that they might be negatively evaluated by others, socially anxious people use avoidance and safety behaviors that keep them in the vicious circle that maintains the problem. Group cognitive-behavioral treatment with 6 socially anxious students (age 19 to 29) is described. The goals of the treatment that lasted 8 sessions with one follow-up meeting were: to teach students how to cope with anxiety, improve their everyday functioning (increasing the number of situations they can face) and motivate students to continue with exposure after treatment. Different behavioral and cognitive interventions were used (mainly gradual exposure and cognitive restructuring). At the end of the treatment clients had lower results on the measures of social anxiety and reported improved functioning (less avoidance behavior).*

*Key words:* social anxiety, cognitive-behavioral therapy, group treatment, students

## UČINCI 8-TJEDNOG TEČAJA MINDFULNESSA NA IZRAŽENOST OPĆIH PSIHOPATOLOŠKIH TEŠKOĆA I STRESA NA POSLU – PRELIMINARNI NALAZI

DRAGICA BARBARIĆ i DRAGANA MARKANOVIĆ<sup>1</sup>

Privatna psihološka praksa KBT opcija i <sup>1</sup>Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, Zagreb, Hrvatska

Posljednjih 20-ak godina zamjećuje se sve veći interes za intervencije „trećeg vala“ kognitivno-bihevioralnih terapija i njihovu učinkovitost u tretmanu različitih psihičkih poremećaja, smanjenju stresa te poboljšanju psihičke dobrobiti. Stoga je cilj ovoga rada bio ispitati učinke grupnog 8-tjednog tečaja mindfulnessa na izraženost najčešćih psihičkih poteškoća, stresa na poslu te psihičku i fizičku dobrobit. Tečaj se najvećim dijelom zasnivao na programu kognitivne terapije usredotočene svjesnosti s elementima terapije prihvaćanjem i posvećenošću. U istraživanje je uključeno 69 sudionika (43 stručnjaka pomagačkih zanimaњa i 26 osoba s različitim psihičkim teškoćama). Procjena je učinjena prije, neposredno nakon te 2 mjeseca nakon završetka tečaja primjenom upitnika za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća, intenziteta stresa na poslu te psihičke i fizičke dobrobiti. Nakon završetka programa sudionici su izvještavali o slabijem intenzitetu općih psihopatoloških teškoća nego prije programa te o značajnom smanjenju intenziteta stresa na poslu. Primijetili su umjereno poboljšanje problema koji su bili razlog dolaska na tečaj te su izvjestili da im je njegovanje usredotočene svjesnosti u velikoj mjeri omogućilo poboljšanje psihičke i fizičke dobrobiti. U radu će se raspraviti o praktičnim implikacijama dobivenih rezultata, kao i o ograničenjima i mogućim poboljšanjima provedenog istraživanja.

*Ključne riječi:* mindfulness, psihopatološke teškoće, stres na poslu, psihička dobrobit

Adresa za dopisivanje: Dragica Barbarić, prof. psiholog.

Privatna psihološka praksa KBT opcija

Novakova 8 B

10 000 Zagreb, Hrvatska

E-pošta: dragica.barbaric@kbt-barbaric.com

### UVOD

Jedna od glavnih značajki kognitivno-bihevioralnih terapija (KBT) je zasnovanost na znanstvenim istraživanjima iz različitih područja psihologije. Rezultati takvih istraživanja utječu na stvaranje novih kognitivno-bihevioralnih modela i odgovarajućih tretmana koji se zatim evaluiraju, a rezultati tih evaluacija ponovno utječu na daljnja istraživanja zbog čega je razvoj KBT-a slijedio trendove u istraživanjima relevantnima za određeno povijesno razdoblje.

Tako se „prvi val“ ovih terapija pojavljuje 1940-ih i 1950-ih godina, kada se na temelju eksperimentalno utvrđenih zakonitosti učenja razvijaju bihevioralne tehnike kao što je, primjerice, sustavna desenzitizacija (1).

Tzv. „drugi val“ započinje 1960-ih godina s kognitivnom revolucijom u istraživanjima, kada nastaju kognitivne terapije (npr. Beckova kognitivna terapija, Ellisova racionalno-emocionalno-bihevioralna terapija). Od kraja

1970-ih i posebice tijekom 1980-tih bihevioralna i kognitivna terapija sve se više spajaju te se počinju koristiti zajedničkim nazivom – kognitivno-bihevioralna terapija (2). Od uvođenja Beckovog originalnog protokola za depresiju razvijaju se specifični KBT protokoli za cijeli niz emocionalnih poremećaja i premda svaki od njih uključuje donekle različite terapijske tehnike, svi oni dijele značajan broj sličnosti (3,4). Njihova glavna sličnost je pretpostavka o centralnoj ulozi neadaptivnih kognicija u održavanju emocionalnih poremećaja njihovom interakcijom s emocijama i ponašanjima. Stoga je većina ovih tehnika usmjerena na modifikaciju kritičnih kognicija s ciljem smanjenja emocionalne neugode i neadaptivnih ponašanja.

Do danas je proveden velik broj istraživanja učinkovitosti KBT-a, što ih trenutno čini psihoterapijskim pristupom koji je utemeljen na najviše dokaza (5). Osim toga, ovaj je pristup tijekom posljednjih 20-ak godina bio vrlo otvoren i za nove spoznaje iz kognitivne psihologije (npr. o metakognicijama, svjesnosti, iskustvenom izbjegavanju itd.) i neuroznanosti (npr. da redovita meditacija dovodi do korisnih strukturnih promjena u mozgu) (6,7) koje su se počele ugradivati u nove modele i tretmane rezultirajući još jednom revolucionjom – tzv. „trećim valom“ KBT-a.

#### *„Treći val“ kognitivno-bihevioralnih terapija*

Ključno obilježje intervencija „trećeg vala“ je usmjeravanje na kontekst i promjenu funkcije nepoželjnog psihičkog događaja, a ne na izravnu promjenu samog psihološkog događaja ili njegovog sadržaja (8). Naglasak se stavlja na prihvatanje i drugačije odnošenje prema nepoželjnim mislima, emocijama i tjelesnim senzacijama dok se ponašamo na adaptabilan način. Za razliku od „drugog vala“ u kojem je naglasak na *promjeni* distorziranih i nefunkcionalnih misli i uvjerenja, intervencije „trećeg vala“ pomažu klijentu da nepoželjna unutarnja stanja osvijesti, prihvati i promatra s određene distance, bez vrednovanja, u sadašnjem trenutku i uz razvijanje sućuti prema sebi zbog patnje kroz koju prolazi.

Najpoznatiji tretmani „trećeg vala“ su kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (9), terapija prihvatanjem i posvećenošću (10), integrativna bihevioralna terapija parova (11), dijalektička bihevioralna terapija (12), metakognitivna terapija (13), terapija usmjerena na sućut prema sebi (14).

Kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT) izvorno nije bila osmišljena kao individualna psihoterapija, već kao grupni trening vještina namijenjen osobama koje pate od ponavljajućih epizoda depresije (15). Njezin program kombinira tehnike iz dokazano učinkovite Beckove kognitivne terapije za akutnu depresiju (16,17) s vježbama iz *mindfulness* meditacije. Te su vježbe većim dijelom preuzete iz *mindfulness* programa za ublažavanje stresa koji je razvio Jon Kabat-Zinn, budući da je dokazano da pomaže u

nošenju s bolešću i poboljšava ishode liječenja kod osoba koje pate od teških i/ili kroničnih tjelesnih bolesti (18,19).

Autori MBCT programa, Segal, Williams i Teasdale (9), primijetili su da brojne studije ukazuju kako ponavljajuće epizode depresije postaju sve autonomnije i zahtijevaju sve manje okidača iz okoline. Osim toga, s brojem depresivnih epizoda povećava se vjerojatnost javljanja još jedne te se skraćuje vrijeme između pojedinih epizoda. Tragajući za učinkovitim pristupom kojim bi se smanjila vjerojatnost javljanja novih epizoda usmjerili su se na otkrivanje psihološih čimbenika koji su u osnovi vulnerabilnosti na ponovljene depresivne epizode (20,21). Uočili su da bi odgovor mogao biti u ponavljanim povezivanju depresivnog raspoloženja i obrazaca negativnog, samokritičnog, bespomoćnog i beznadnog mišljenja tijekom akutnih epizoda velikog depresivnog poremećaja, što u konačnici rezultira promjenama i na kognitivnoj i na neuralnoj razini. Zbog toga se osobe koje su se oporavile od velike depresije razlikuju od onih koje je nikada nisu imale u obrascima misli koji slijede aktivirano disforično raspoloženje (15). Na tako aktivirane obrasce negativnih misli one, naime, počinju reagirati ruminacijama i brigama, što opet reaktivno vodi u sve neugodnije emocije, tjelesne senzacije i razmišljanja (22-24). U konačnici dolazi do eskalacije i učvršćivanja začaranih krugova ruminativnog kognitivno-afektivnog procesiranja (25,26).

Osim toga, poznato je da osobe s ponovljenim epizodama depresije i anksioznih poremećaja imaju veću sklonost potiskivanju negativnih misli (27) te da iskazuju veću nevoljnost ostajanja u dodiru s neugodnim unutarnjim doživljajima. To ih stoga tjera na izbjegavanja ili prekomjernu kontrolu sigurnosnim ponašanjima, ali posljedično dovodi do dodatne subjektivne patnje i osiromašenja života. Ovaj je fenomen nazvan iskustvenim izbjegavanjem (28). U nizu istraživanja potvrđeno je da su veće razine iskustvenog izbjegavanja doista povezane s višim razinama opće psihopatologije, depresije, anksioznosti, nizom specifičnih strahova, trauma, te s nižom kvalitetom života (npr. 29-31).

Terapija prihvatanjem i posvećenošću (engl. *Acceptance and Commitment Therapy*; popularan je izraz ACT koji se čita ne kao inicijali nego kao engl. riječ „act“ - djelovati) zasnovana je na teoriji relacijskih okvira (32), a njezini se korijeni nalaze u filozofiji funkcionalnog kontekstualizma koja koristi bihevioralni analitički model kako bi integrirala kognicije i jezik (33,34). U teorijskom smislu ACT je strogo bihevioralna terapija, no ipak je utemeljen na sveobuhvatnoj empirijskoj analizi ljudskih kognicija (32). Istodobno, usmjeren je i na teme kao što su *mindfulness*, prihvatanje, vrijednosti i „self“. Takva kategorijalska višežnačnost je karakteristična za većinu pristupa „trećeg vala“ KBT-a. Primjerice, dok se pretpostavlja da je ACT „bihevioralna“ a MBCT „kognitivna“ terapija, ova dva pristupa imaju daleko više zajedničkog nego, primjerice, sustavna desenzitizacija „prvog vala“ i Beckova kognitivna terapija „drugog vala“ KBT-a.

Temeljna prepostavka ACT-a je da je psihološka patnja uzrokovana *iskustvenim izbjegavanjem* (nevoljnost da se iskuse negativne emocije, tjelesne senzacije i misli) i *kognitivnom fuzijom* (fenomen da verbalni procesi neusporedivo više utječu na ponašanje osobe od neposrednih okolnosti; npr. na ponašanje osobe sa socijalnom fobijom jače će djelovati misao „Osramotit će se“ nego neposredno iskustvo sa zabave da se to ne događa). Zbog tih fenomena osoba postaje psihološki rigidna te ne uspijeva poduzeti potrebne bihevioralne korake u smjeru življenja života usklađenog s osobnim vrijednostima (35). S ciljem pomaganja klijentu da razvije psihološku fleksibilnost ACT se koristi različitim setovima tehnika kao što su: kognitivno defuziranje, prihvatanje, prisutnost u sadašnjem trenutku, promatranje sebe, otkrivanje osobnih vrijednosti te posvećeno djelovanje (36). Umjesto eliminiranja teških emocija i negativnih misli, cilj tih intervencija je naučiti biti ih svjestan i ne postupati po njima, već ih prihvati i *djelovati* sukladno ciljevima utemeljenima na svojim životnim vrijednostima.

#### *Istraživanja učinkovitosti tretmana „trećeg vala“ za različite psihičke poremećaje, stres te psihičku i fizičku dobrobit*

Iako početne provjere učinkovitosti terapija „trećeg vala“ ponekad nisu ispunjavale stroge metodološke kriterije, u zadnjih 10-ak godina provode se vrlo rigorozna istraživanja koja sve više ukazuju na njihovu učinkovitost u prevladavanju različitih psihičkih poremećaja i smetnji, smanjenju stresa te poboljšanju psihičke dobrobiti (37-39). Također je potvrđeno da su 8-tjedni tečajevi *mindfulness* učinkoviti kod cijelog niza zdravstvenih problema (39-41), da smanjuju stopu javljanja novih depresivnih epizoda i korištenje antidepresiva (15,42,43), te da ublažavaju anksioznost (41,44). Osim toga, sudjelovanje na tečajevima *mindfulness* smanjuje samoopaženi stres (uključujući i stres na poslu) i povećava psihološku dobrobit, a postignuti učinci se održavaju u razdoblju praćenja od 1 do 3 mjeseca (45-49).

Osim pozitivnih učinaka na mentalno zdravlje i psihološku dobrobit klijenata, čini se da pristupi zasnovani na *mindfulnessu* mogu koristiti i stručnjacima za mentalno zdravlje. Naime, poznato je da je ova populacija posebno osjetljiva na povećane razine stresa (50), maladaptivne strategije nošenja sa stresom (51) te sindrom sagorijevanja na radnom mjestu (52). U kontroliranom istraživanju učinaka *mindfulness* meditacije na zdravstvene stručnjake Shapiro i sur. (53) su pokazali da njezino prakticiranje dovodi do smanjenja ukupne razine stresa te povećanja kvalitete života i suočavanja prema sebi. Slične rezultate dobili su i za psihoterapeute u treningu (54). Nastave li prakticirati *mindfulness* i nakon završetka tečaja, postoje dokazi da kod stručnjaka dolazi do daljnog poboljšanja psihološke dobrobiti te do ublažavanja zabrinutosti, anksioznosti kao crte ličnosti i općih psihopatoloških smetnji (55).

## CILJ RADA

Glavna svrha ovoga rada je prikazati neposredne i odgodene učinke 8-tjednog tečaja *mindfulness* na izraženost najčešćih psihičkih smetnji, intenzitet stresa na poslu te subjektivnu psihičku i fizičku dobrobit kod osoba s različitim psihičkim teškoćama te stručnjaka pomagačkih zanimanja.

## METODE

### *Sudionici*

Sudionici istraživanja bili su polaznici 8-tjednog tečaja *mindfulness* koji se održavao u organizaciji Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT) u pet različitih grupa u Zagrebu i Rijeci tijekom 2014. i 2015. godine. Od ukupno 77 polaznika uključenih u istraživanje, četvoro je u međuvremenu odustalo od tečaja, a za dodatnih četvoro nije izvršena procjena učinaka tretmana jer nisu prisustvovali ni posljednjem susretu ni susretu praćenja. Konačni uzorak stoga je činilo 69 polaznika, od čega 43 stručnjaka pomagačkih zanimanja (37 psihologa, 3 liječnika, 1 viša medicinska sestra, 1 socijalni pedagog i 1 pedagog) te 26 osoba s različitim psihičkim poteškoćama (klijenti). Sudionici su bili u dobi od 20 do 51 godine ( $M=33.7$ ;  $SD=8.34$ ), od čega 57 žena i 12 muškaraca.

Stručnjaci su pristupili tečaju ponajprije radi edukacije. Naime, autori tečaja izričito zahtijevaju da budući treneri takvih programa u prvoj fazi svoje edukacije prođu iskustveni tečaj i da se zatim, najmanje godinu dana prije korištenja ovih intervencija s klijentima, posvete samostalnoj meditativnoj praksi (9). Kao druge razloge za uključivanje u tečaj stručnjaci su navodili želju za poboljšanjem vlastite psihičke i fizičke dobrobiti te za radom na određenim problemima (stres na poslu, sklonost brigama i ruminacijama, problemi u odnosima). Klijenti su se na tečaj prijavili radi različitih psihičkih poteškoća, među kojima su najčešće navodili sklonost čestom doživljavanju neugodnih emocija, negativnim načinima razmišljanja, loše nošenje sa stresnim situacijama, probleme u odnosima i slabu koncentraciju. Kriteriji za isključivanje bili su: (i) akutna depresija, (ii) akutna suicidalnost, (iii) akutni psihotični poremećaj, te (iv) ovisnost. Dvoje sudionika je navelo da su ranije patili od psihoze, a jedan da se aktualno liječi od bipolarnog poremećaja, no uključeni su u tečaj kada su predočili dopuštenje svojeg psihijatra za ovu vrstu tretmana (uz nastavak uzimanja propisanih lijekova i redovite psihijatrijske kontrole).

### *Mjerni instrumenti*

*Upitnik općih psihopatoloških teškoća (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE – OM; 56).* Namijenjen je procjeni općih psihopatoloških teškoća te praćenju učinaka savjetovanja i psihoterapije. Sastoji se od 34 tvrdnje koje obuhvaćaju sljedeća četiri po-

dručja: subjektivna dobrobit, poteškoće/simptom, funkcionaliranje te rizik. Zadatak ispitanika je da koristeći ljestvicu od 5 stupnjeva (od nikada do gotovo uvijek) naznači koliko često se u posljednjih tjedan dana osjećao, razmišljao i ponašao na opisane načine. Rezultat se izračunava kao zbroj odgovora na svim česticama ili kao omjer zbroja svih odgovora i broja odgovorenih čestica. Dosadašnje provjere upitnika ukazuju na zadovoljavajuće metrijske karakteristike (57).

*Upitnik intenziteta stresa na poslu* (58). Namijenjen je procjeni razine stresa koju osoba doživljava na radnom mjestu. Obuhvaća 20 tvrdnji koje opisuju različite simptome profesionalnog stresa i sagorijevanja, a zadatak ispitanika je da na ljestvici od 0 (nikada) do 4 (gotovo uvijek) označi koliko često doživljava pojedinu teškoću. Rezultat se računa kao ukupni zbroj odgovora na sve tvrdnje.

*Samoprocjene psihičke i fizičke dobrobiti*. Poboljšanje psihičke i fizičke dobrobiti zbog prakticiranja *mindfulness* procijenjeno je pitanjem „U kojoj mjeri Vam je njegovanje usredotočene svjesnosti poboljšalo opću psihičku i fizičku dobrobit?“, na koje je trebalo odgovoriti koristeći subjektivnu ljestvicu od 0 (uopće nije poboljšalo) do 10 (u potpunosti se poboljšalo).

*Upitnik o demografskim podatcima, zdravstvenom stanju i motivaciji za uključivanje u tečaj*. Upitnik je za potrebe ovoga istraživanja konstruirao autor rada, a bio je namijenjen prikupljanju demografskih podataka kao što su dob, spol, stručna sprema i zanimanje sudionika, kao i podataka o njihovom zdravstvenom stanju (bolovanje od fizičkih i psihičkih bolesti, korištenje lijekova, uključenost u neki oblik psihoterapije). Od sudionika se također tražilo da naznači razloge svoje prijave na tečaj.

*Upitnik o samostalnom radu i popratnim učincima tretmana*. Upitnik je oblikovan za potrebe ovoga istraživanja, a uključivao je pitanja o redovitosti samostalnog vježbanja između grupnih susreta, poboljšanju problema koji su bili razlog uključivanja u tečaj, elementima tretmana koje sudionik smatra korisnima odnosno nekorisnima, u čemu vidi najveću dobit od njegovanja usredotočene svjesnosti.

#### *Tečaj mindfulness*

Tečaj se sastojao od 8 iskustvenih radionica u trajanju od po 120 minuta, između kojih su polaznici za domaću zadaću također trebali provoditi svakodnevne vježbe u trajanju od 30 do 45 minuta. Najvećim dijelom tečaj se zasnivao na programu kognitivne terapije usredotočene svjesnosti [prema protokolu iz priručnika za voditelje tečaja „*Mindfulness-based cognitive therapy for depression*“ (9)], s određenim promjenama i prilagodbama budući da polaznici uglavnom nisu bili osobe s ranijim ni s akutnim epizodama depresije. U one dijelove tečaja u kojima se primjenjuju specifične tehnike za depresivne simptome stoga su unešeni dijelovi standardnih KBT protokola za rad s različitim psihičkim teškoćama, kao i neki elementi ACT-a.

Polaznici su tijekom tečaja upoznali sve formalne vježbe meditacije iz standardnog MBCT programa. Osim formalnih vježbi, polaznici su kao dio domaće zadaće imali i razne neformalne aktivnosti čiji je cilj bio postupno generaliziranje naučenoga u svakodnevnom životu. Osnovne koncepte ovoga pristupa usvajali su uglavnom iskustveno razgovorom o vlastitim doživljajima tijekom meditiranja.

Iz tradicionalnog KBT pristupa preuzete su vježbe odnosa između misli i osjećaja, kalendar ugodnih i neugodnih dogadaja, rad na prevenciji povrata simptoma te tehnike postupne aktivacije i izlaganja situacijama koje se izbjegavaju.

Vježbe preuzete iz ACT-a uglavnom su se odnosile na tehnike kognitivnog defuziranja, tj. podučavanje različitim načinima postupanja s negativnim mislima (npr. korištenje metafora u distanciranju od misli, zapisivanje misli na papiriće, imenovanje negativnih obrazaca misli). Također su provedene vježbe osvještavanja kontrolnih strategija izbjegavanja i prekomjerne kontrole, vježba iluzije kontrole, voljnost da se napusti kontrola i prepusti unutarnjim mentalnim događajima onakvima kakvi jesu, vježbe razjašnjenja vrijednosti te postavljanje njima sukladnih ciljeva i akcija.

#### *Postupak*

Tečaj se održavao tijekom 8 uzastopnih tjedana u trajanju od po 120 minuta, a 2 mjeseca nakon završetka programa održan je susret praćenja. Susreti su održavani grupno, u pet zasebnih skupina od po prosječno 15 sudionika. Voditeljica tečaja u svakoj skupini bila je prva autorka teksta, psihologinja i iskusna kognitivno-bihevioralna psihoterapeutkinja.

Procjena je učinjena primjenom Upitnika općih psihopatoloških teškoća, Upitnika intenziteta stresa na poslu te Upitnika o sociodemografskim podatcima, zdravstvenom stanju i motivaciji za uključivanje u tečaj prije početka tečaja. Isti upitnici ponovno su primjenjeni neposredno nakon tečaja (tijekom 8. susreta) te 2 mjeseca nakon njegovog završetka, uz koje su sudionici još dali i samoprocjenu psihičke i fizičke dobrobiti te su popunili Upitnik o samostalnom radu i popratnim učincima tretmana.

## REZULTATI

Prikupljeni podaci obrađeni su programom IBM SPSS Statistics 19.

#### *Učinci tečaja mindfulness na izraženost psihičkih poteškoća*

S ciljem provjere učinaka provedenog tečaja na intenzitet općih psihičkih poteškoća, za svaku podskupinu sudionika proveden je Friedmanov test kojim su uspoređeni prosječni ukupni rezultati koje su na upitniku CORE-OM

postizali prije, neposredno nakon i 2 mjeseca nakon završetka tečaja. U skupini klijenata koji su se na tečaj javili zbog različitih psihičkih poteškoća u funkciji vremena je došlo do statistički značajnog poboljšanja ( $\chi^2(2)=8,71; p<.05$ ). Post-hoc testovi (Wilcoxonov test za sve kombinacije parova s Bonferronijevom korekcijom) pokazali su da su u odnosu na početno mjerjenje (prije tretmana) ovi sudionici postizali značajno niži rezultat kako nakon 8 tjedana tečaja (poslije tretmana), tako i na kraju 2-mjesečnog razdoblja praćenja (svi  $p<.01$ ). Između druge i treće točke mjerjenja (neposredno nakon i 2 mjeseca nakon tečaja) primot nije pronađena značajna razlika u izraženosti psihičkih poteškoća ( $p>.05$ ). Na sl. 1 je vidljivo da je prosječni rezultat koji su ovi sudionici postigli prije tretmana ( $M=39,4; SD=23,45$ ) bio klinički indikativan, odnosno da je prelazio granicu od 34 boda koja ukazuje na moguće postojanje značajnijih psihopatoloških problema ili poremećaja (nešto stroži kriterij nego onaj koji predlaže Jokić-Begić i sur. (57)). Nakon tečaja njihovi su se rezultati kretali u rasponu koji postižu zdrave osobe ( $M=26,9; SD=17,40$  poslije tretmana, te  $M=18,8; SD=13,51$  nakon 2 mjeseca praćenja). Iste statističke analize provedene su i za skupinu stručnjaka, u kojoj tijekom vremena nije došlo do značajnih promjena u intenzitetu psihičkih poteškoća ( $\chi^2(2)=1,24; p>.05$ ). Na sl. 1 se može primjetiti kako je ta skupina već u prvoj točki mjerjenja postigla prosječan rezultat ( $M=23,6; SD=12,82$ ) koji ne ukazuje na postojanje ozbiljnijih smetnji i koji je ostao stabilan do kraja istraživanja ( $M=22,8; SD=11,11$  poslije tretmana, te  $M=20,7; SD=10,65$  nakon 2 mjeseca praćenja).

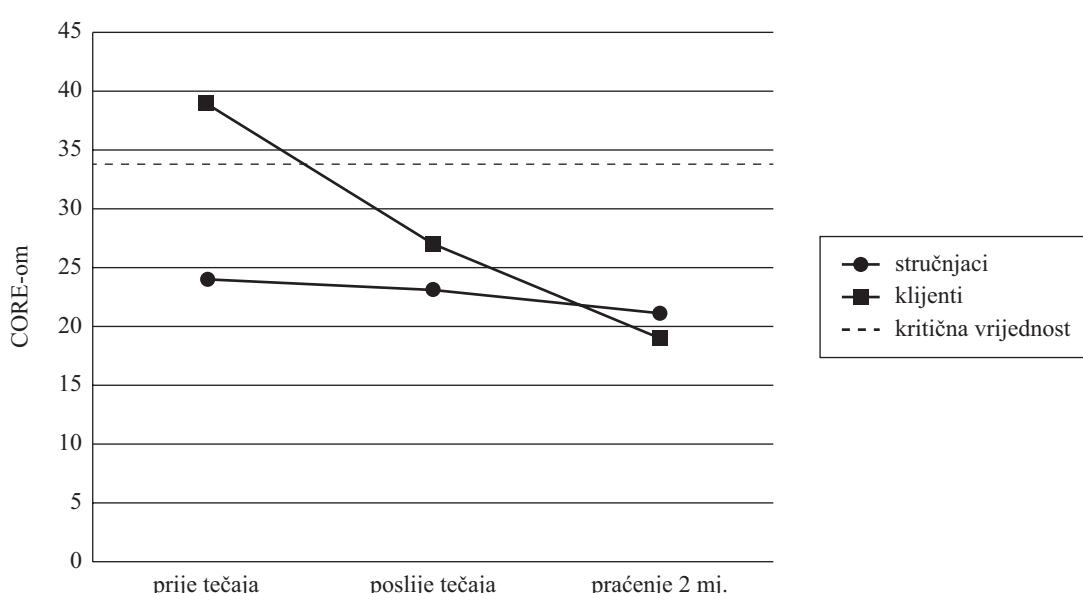
Kako bismo dodatno ispitali u kojoj je mjeri tečaj koristio sudionicima koji su izvještavali o intenzivnijim

psihičkim tegobama, izdvajali smo one koji su na upitniku CORE-OM inicialno postigli rezultate više ili jednake kritičnoj vrijednosti od 34 boda. Takvih je sudionika bilo ukupno 23, od čega 7 stručnjaka i 16 klijenata. Kod 19 (83 %) ih je nakon tretmana došlo do pouzdane promjene, definirane kao pad ukupnog rezultata na upitniku od najmanje 5 bodovnih jedinica. Pritom je kod 14 (61 %) došlo i do klinički značajne promjene odnosno prelaska ukupnog rezultata u nekliničku kategoriju. Kod preostalih sudionika (17 %) nije uočena nikakva promjena.

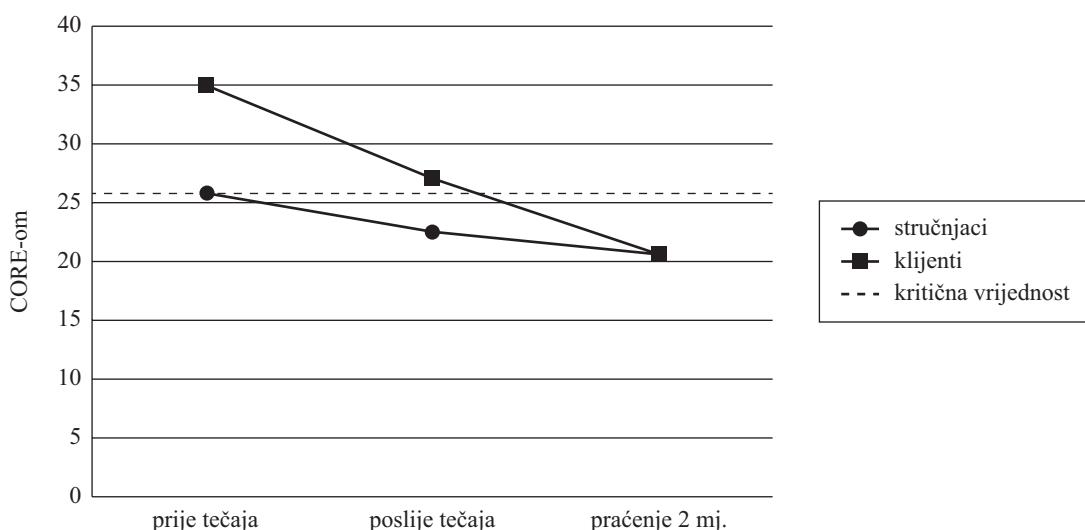
#### *Učinci tečaja na intenzitet stresa na poslu*

Učinci tretmana na intenzitet percipiranog stresa na poslu provjereni su Friedmanovim testom. U usporedbi s inicijalnom razinom stresa koja se nalazila na samoj kritičnoj granici od 26 bodova na Upitniku intenziteta stresa na poslu ( $M=25,9; SD=11,38$ ), stručnjaci su nakon tečaja izvještavali da doživljavaju značajno manje stresa ( $M=22,7; SD=10,45$  poslije tečaja;  $M=20,9; SD=11,05$  nakon 2 mjeseca praćenja;  $\chi^2(2)=6,56; p<.05$ ), a Wilcoxonovi testovi s Bonferronijevom korekcijom ukazali su da se poboljšanje postignuto neposredno nakon završetka tečaja održava do kraja razdoblja praćenja ( $p>.05$ ). U podskupini klijenata uočena je tendencija k sve slabijem doživljavanju stresa tijekom vremena ( $M=34,9; SD=15,55$  prije tečaja;  $M=26,9; SD=14,77$  poslije tečaja;  $M=21,4; SD=13,88$  nakon 2 mjeseca praćenja), no razlike koje su u apsolutnim terminima bile relativno velike (sl. 2) nisu uspjele dosegnuti statističku značajnost ( $\chi^2(2)=3,46; p>.05$ ).

Budući da nas je zanimalo pomaže li tečaj osobama koje se suočavaju s intenzivnjim stresom na svojem rad-



Sl. 1. Prosječni ukupni rezultat na CORE-OM upitniku prije tečaja *mindfulness*, neposredno nakon tečaja i na kraju 2-mjesečnog praćenja kod stručnjaka ( $N=43$ ) i klijenata s različitim psihičkim poteškoćama ( $N=26$ )



Sl. 2. Prosječne procjene intenziteta stresa na poslu prije tečaja *mindfulness*, neposredno nakon tečaja i na kraju 2-mjesečnog praćenja kod stručnjaka ( $N=43$ ) i klijenata s različitim psihičkim poteškoćama ( $N=26$ )

nom mjestu, posebno smo analizirali rezultate 38 sudionika koji su prije tretmana na Upitniku intenziteta stresa na poslu postigli rezultat jednak ili veći od 26 bodova, koji ukazuje na povišenu razinu stresa koja zahtijeva preventivne mjere. Kod dvije trećine je nakon tečaja došlo do određenog poboljšanja. Pritom je kod 15 (40 %) u drugoj i/ili trećoj točki mjerjenja došlo do klinički značajne promjene, koja je definirana kao spuštanje rezultata na razinu koju inače postižu osobe koje se uspješno nose s profesionalnim stresom. Dodatnih 10 (26 %) sudionika je izvijestilo o pouzdanoj promjeni koja je definirana kao prelazak u blažu kategoriju, pri čemu promjena nije dosegnula i kliničku značajnost. Kod preostalih sudionika nije došlo do značajnije promjene u intenzitetu doživljenog stresa.

#### Učinci tečaja na psihičku i fizičku dobrobit

Kako bismo provjerili je li tečaj pomogao sudionicima u poboljšanju opće psihičke i fizičke dobrobiti, nakon završetka 8-tjednog programa te na kraju 2-mjesečnog praćenja zatražili smo jednostavne procjene na subjektivnoj ljestvici od 0 (uopće nije poboljšao) do 10 (u potpunosti poboljšao). Neposredno nakon tečaja stručnjaci su navodili da su doživjeli umjereni poboljšanje problema s kojima su došli na tečaj, kao i da im je program bio vrlo koristan u unaprjeđenju vlastite psihičke i fizičke dobrobiti ( $M=6,9$ ;  $SD=1,53$ ). Pozitivni učinci održali su se i do kraja razdoblja praćenja ( $M=6,2$ ;  $SD=1,76$ ;  $Z=-1,78$ ;  $p>.05$ ). Procjene klijenata bile su vrlo slične ( $M=7,2$ ;  $SD=2,41$  neposredno nakon tečaja;  $M=6,1$ ;  $SD=2,14$  na kraju praćenja), no čini se da su efekti tečaja tijekom praćenja kod njih značajno oslabili ( $Z=-1,99$ ;  $p<.05$ ).

## RASPRAVA

Provedenim istraživanjem željeli smo provjeriti dovodi li inačica 8-tjednog tečaja *mindfulness* koja se provodi u HUBIKOT-u do ublažavanja opće psihičke uznenirenosti, smanjenja profesionalnog stresa i poboljšanja opće psihičke i fizički dobrobiti kod klijenata koji pate od različitih psihičkih poteškoća, kao i kod stručnjaka pomagačkih zanimanja.

Dobiveni rezultati pokazuju da nakon 8 tjedana meditativne prakse kod klijenata dolazi do značajnog smanjenja intenziteta psihičkih poteškoća te da se postignuti učinci održavaju 2 mjeseca nakon završetka tečaja, što su nalazi sukladni onima iz literature (15,37,39,42-45). Za razliku od njih, kod stručnjaka nisu utvrđene značajne promjene u psihičkoj uznenirenosti, premda je zamjećeno određeno ublažavanje simptoma. To je, međutim, razumljivo ako u obzir uzmememo da su stručnjaci već inicijalno postigli prosječan rezultat koji inače postiže neklinička populacija. Ovaj je nalaz u skladu s rezultatima drugih istraživanja kao što je npr. ono Ruthsa i sur. (55), koji kod stručnjaka nisu pronašli značajne pomake u općoj psihičkoj uznenirenosti nakon tečaja *mindfulness* nego tek nakon razdoblja praćenja, i to samo kod onih koji su nastavili redovito vježbati i nakon tečaja. Osim toga, čini se da bi tečaj mogao biti posebno koristan osobama koje imaju intenzivnije teškoće. Naime, kod gotovo dvije trećine sudionika koji su inicijalno postigli klinički indikativan rezultat nakon tečaja je došlo do njegovog spuštanja u raspon koji postižu zdrave osobe.

Stručnjacima je tečaj pak značajno pomogao u ublažavanju stresa na poslu. Oni su, naime, na kraju tečaja

izvještavali o značajno manje profesionalnog stresa te su se ti učinci održali sve do kraja istraživanja. Isti je trend uočen i kod klijenata, no nije se pokazao statistički značajnim vjerojatno zbog nedovoljno velikog uzorka. Među sudionicima koji su se inicijalno žalili na izraženi profesionalni stres, čak 66 % ih je neposredno nakon tečaja i/ili 2 mjeseca kasnije navelo da radne stresore svladavaju mnogo bolje nego prije. Ovi su rezultati sukladni nalazima istraživanja na kliničkim i nekliničkim uzorcima kojima su provjeravani učinci prakticiranja *mindfulness* na opći stres (45-48), stres na poslu (49,59) te posebno stres na poslu kod stručnjaka za mentalno zdravlje (50-55). U opisnoj evaluaciji tečaja mnogi naši stručnjaci su eksplicitno naveli da im se doživljaj stresa na poslu smanjio, kao i da svoje klijente sada mogu slušati usredotočenije, bez preplavljenosti neugodnim emocijama. U nizu istraživanja pokazalo se da je upravo svjesnost terapeuta o vlastitim pozitivnim ili negativnim mislima tijekom terapijskog susreta osobito važna za njegov doživljaj vlastite učinkovitosti (60). Što je terapeut svjesniji svojih unutarnjih stanja, i on i klijent procjenjuju da susret više pomaže. Osim toga, prakticiranje *mindfulness* od terapeuta može imati pozitivan učinak i na ishod tretmana za klijenta (61). Stoga bi u sljedećim istraživanjima bilo zanimljivo pratiti i ove dobropitne tečaja na rad psihoterapeuta.

Konačno, tečaj se pozitivno odrazio i na psihičku i fizičku dobropit sudionika. I stručnjaci i klijenti su nakon tečaja izvještavali da su svoju subjektivnu dobropit unaprijedili u relativno velikoj mjeri. Ta je procjena do kraja razdoblja praćenja ponešto opala u skupini klijenata, što ukazuje na potrebu uvođenja dodatnih radionica praćenja kako bi se postignuti učinci održali što duže vrijeme. Upravo tu sugestiju neki klijenti su i otvoreno iznijeli. Naši su nalazi sukladni onima iz literature (45,48,55,59), no valja imati na umu da su u drugim studijama korišteni standardizirani upitnici psihološke dobropit (primjerice *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale*) (59), dok smo mi koristili tek jednostavnu samoprocjenu na subjektivnoj ljestvici od 0 do 10. Jasno je i da različite osobe pod „psihičkom i fizičkom dobropit“ mogu podrazumijevati vrlo različite stvari pa bi ovaj problem valjalo riješiti u sljedećim istraživanjima.

Za buduća istraživanja također ostaje odgovoriti na pitanje o povezanosti između stupnja postignutih poboljšanja u mјerenim zavisnim varijablama s redovitošću i dužinom vježbanja. U tu smo svrhu na našem tečaju počeli egzaktnije pratiti redovitost vježbanja na tjednoj osnovici, jer smo te podatke dosad dobivali na temelju subjektivnih procjena. U tim smo procjenama zamijetili da i klijenti i stručnjaci vježbaju „srednje redovito“, što je u skladu i s nekim drugim nalazima o redovitosti vježbanja (39,55), ali i s iskustvima učitelja meditacije iz različitih okružja. Zanimljivo je kako klijenti podjednako često vježbaju i u razdoblju nakon završetka tečaja, dok stručnjaci posustanu i vježbaju značajno manje. Razlog tome možda treba

tražiti u većoj motivaciji klijenata da nastave raditi na svojim poteškoćama. Međutim, neka istraživanja pokazuju upravo suprotno – što netko ima jače simptome prije početka tečaja, to ranije posustaje u vježbanju (39), vjerojatno zbog lakšeg pada motivacije kada prestane vanjska podrška.

Osim već spomenutih, naše istraživanje ima i neka druga ograničenja zbog kojih je potreban oprez u generalizaciji nalaza. Kao prvo, nije postojala kontrolna skupina pa ne možemo biti sigurni da su postignute promjene rezultat samog tečaja, odnosno da opisanim poboljšanjima nisu doprinijeli i neki drugi čimbenici kao što su spontani oporavak ili blagotvorni učinak grupe koja na ovaj način dobiva funkciju grupe podrške. Doista, neki su sudionici u evaluaciji naglašavali kako im je od velike pomoći bila spoznaja da i drugi ljudi (pa čak i stručnjaci) imaju slične probleme, kao i da se o njima može otvoreno razgovarati. Osim toga, mnogi su sudionici na svakoj radionici isticali koristi koje imaju od tečaja, što je moglo utjecati i na stavove ostalih sudionika tečaja. Konačno, sukladno teoriji kognitivne disonance i istraživanjima koja ukazuju da je plaćena terapija obično uspješnija od besplatne (62), i taj je čimbenik mogao povisiti stupanj uvjerenosti polaznika u korist tečaja, budući da se tečaj plaćao.

Jedan od problema istraživanja je velika heterogenost sudionika s obzirom na razlog prijave na tečaj: stručnjaci koji su uglavnom pristupili radi edukacije i stresa na poslu i klijenti koji su se uključili radi izraženijih psihičkih smetnji. Sudionici iz obje skupine također su izvještavali o različitim vrstama psihičkih smetnji. Bilo bi puno bolje kada bi se sudionici grupirali prema vrstama iskazanih problema, jer bi se tečaj mogao sadržajno prilagoditi (npr. za socijalnu fobiju, zdravstvenu anksioznost, depresiju, stres na poslu itd.) te bi pozitivni učinci možda bili i veći. Također bi bilo korisno provesti detaljnu procjenu kliničkog statusa, jer bi se tako razlučili polaznici koji ispunjavaju kriterije za neki određeni psihički poremećaj od onih koji imaju tek izraženije smetnje te bi se učinci tečaja mogli pratiti zasebno. Klijenti uključeni u tečaj imali su i različitu povijest ranijeg pohađanja psihoterapije, što je čimbenik koji bi valjalo kontrolirati. Poboljšanje učinaka tečaja moglo bi se ostvariti i uvođenjem tzv. dana povlačenja, kada se provodi cijelodnevna meditacija, a koji je standardno uključen u neke *mindfulness* programe.

## ZAKLJUČAK

Unatoč navedenim ograničenjima koje bi ubuduće valjalo kontrolirati, rezultati ovoga istraživanja ukazuju da naš tečaj *mindfulness* pomaže u ublažavanju najčešćih psihopatoloških simptoma, smanjenju stresa i poboljšanju opće psihičke i fizičke dobropit, kao što pokazuju i dosadašnja istraživanja. Tečaj bi mogao biti osobito koristan osobama s intenzivnjim psihičkim poteškoćama, a zna-

čajnu korist bi mogli imati i stručnjaci za mentalno zdravlje koji su nakon tečaja izvještavali o manjem doživljaju profesionalnog stresa i boljoj subjektivnoj dobrobiti. To su vrlo ohrabrujući nalazi, jer bi na ovaj način stručnjaci mogli dobiti alat kojim bi prevenirali ili smanjili stres i sagorijevanje na poslu, povećali zadovoljstvo poslom, poboljšali doživljaj vlastite učinkovitosti, smanjili emocionalnu neugodu, a time i poboljšali ishode tretmana za svoje klijente.

## LITERATURA

1. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004; 35: 639-65.
2. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46: 296-321.
3. Ellis A. Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: similarities and differences. *Cognit Ther Res* 1980; 4: 325-40.
4. Hofmann SF, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the „new wave“ of CBT. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 701-10.
5. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2005.
6. Singleton O, Hölzel BK, Vangel M, Brach N, Carmody J, Lazar SW. Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being. *Front Hum Neurosci* 2014; 8: 33.
7. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH i sur. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 2005; 16: 1893-7.
8. Teasdale JT. Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies. Paper presented at the The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Annual Congress. Prague, 2003.
9. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: The Guilford Press, 2002.
10. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press, 1999.
11. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 351-5.
12. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press, 1993.
13. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley, 2000.
14. Gilbert, P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther* 2010; 3: 97-112.
15. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68: 615-23.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.
17. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC i sur. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 417-22.
18. Kabat-Zinn J. Živjeti punim plućima – iskoristite mudrost tijela i uma kako biste se uhvatili u koštač sa stresom, bolom i bolešću. Zagreb: V.B.Z., 2006.
19. Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 1038-49.
20. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, Gemar M. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychol Med* 1996; 26: 371-80.
21. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33: 25-39.
22. Lau MA, Segal ZV, Williams JMG. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther* 2004; 42: 1001-17.
23. Scher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 487-510.
24. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 2008; 134: 163-206.
25. Teasdale JD. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot* 1988; 2: 247-74.
26. Teasdale JD. The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorders. U: Clark DM, Fairburn CG, eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
27. Wenzlaff RM, Bates DE. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 1559-71.
28. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorelo J, Toarmino D. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec* 2004; 54: 553-78.
29. Hayes SC, Pankey J, Gifford EV, Batten SV, Quinones R. Acceptance and commitment therapy in experiential avoidance disorders. U: Patterson T, ed. Comprehensive handbook of psychotherapy: cognitive-behavioral approaches. New York: Wiley, 2002.
30. Andrew DH, Dulin PL. The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging Ment Health* 2007; 11: 596-603.

31. Bordien MJ, Tull MT, McDermott MJ, Gratz KL. The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3: 273-8.
32. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: a post-skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic, 2001.
33. Hayes SC. Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. U: Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW, Sarbin TR, eds. Varieties of scientific contextualism. Reno: Context Press, 1993.
34. Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *J Exp Anal Behav* 1988; 50: 91-111.
35. Hayes SC, Masuda A, Bissett R i sur. DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35: 35-54.
36. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson, KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2012.
37. Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2012; 51: 239-60.
38. Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 30-6.
39. Krusche A, Cyhlarova E, Williams JMG. Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. *BMJ Open* 2013; 3: e003498.
40. Grossman P, Niemann L, Schmidt S i sur. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57: 35-43.
41. Piet J, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 1007-20.
42. Ma HS, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 31-40.
43. Barnhofer T, Crane C, Hargus E i sur. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47: 366-73.
44. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA i sur. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 169-83.
45. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 2008; 31: 23-33.
46. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15: 593-600.
47. Carmody J, Baer RA, Lykins LBE i sur. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 2009; 65: 613-26.
48. Englund-Helmeke SR. Mindfulness and well-being. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 313; 2014.
49. Gold E, Smith A, Hopper I, Herne D, Tansey G, Hulland C. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for primary school teachers. *J Child Fam Stud* 2010; 19: 184-9.
50. Margison FR. Stress in psychiatrists. U: Payne R, Firth-Cozens J, eds. Stress in health professionals. Chichester: Wiley, 1987.
51. Farber BA. Dysfunctional aspects of the therapeutic role. U: Farber BA, ed. Stress and burnout in the human service professions. New York: Pergamon; 1983, 97-118.
52. Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Prof Psychol* 1982; 13: 293-301.
53. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomised trial. *Int J Stress Manag* 2005; 12: 164-76.
54. Shapiro S, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol* 2007; 1: 105-15.
55. Ruths FA, de Zoysa N, Frearson SJ, Hutton J, Williams JMG, Walsh J. Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals – a pilot study. *Mindfulness* 2013; 4: 289-95.
56. Evans C, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *J Ment Health* 2000; 9: 247-55.
57. Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T, Evans C. Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. Psihologische teme 2014; 23: 265-88.
58. Radošević-Vidaček B. Upitnik intenziteta stresa na poslu. Zagreb: Centar za psihodijagnostička istraživanja Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada, 2006.
59. Beshai S, McAlpine L, Weare K, Kuyken W. A non-randomised feasibility trial assessing the efficacy of a mindfulness-based intervention for teachers to reduce stress and improve well-being. *Mindfulness* 2015; 6: 1-11.
60. Williams EN. A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychother Res* 2008; 18: 139-46.
61. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 332-8.
62. Furnham A. The new psychology of money. London: Routledge, 2014.

## SUMMARY

### EFFECTS OF AN 8-WEEK MINDFULNESS COURSE ON GLOBAL DISTRESS AND WORKPLACE STRESS INTENSITY – PRELIMINARY FINDINGS

D. BARBARIĆ and D. MARKANOVIĆ<sup>1</sup>

*Private Psychological Practice KBT Opcija and*

<sup>1</sup> *Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, Zagreb, Croatia*

*There has been growing interest over the last 20 years in interventions from the „third wave“ of cognitive-behavioral therapies and their efficacy in the treatment of various psychological disorders, stress reduction and enhancement of psychological well-being. Hence, the aim of this study was to examine the effects of an 8-week mindfulness group course on the intensity of common psychological difficulties, workplace stress, as well as the psychological and physical well-being. The course was mainly based on the mindfulness-based cognitive therapy program with elements of acceptance and commitment therapy. Sixty-nine participants (43 helping professionals and 26 individuals suffering from various psychological problems) were included in the study. Self-reported measures of global distress, workplace stress intensity and psychological and physical well-being were administered at pretreatment, posttreatment, as well as at 2-month follow up. Following the treatment, participants reported a significant reduction in general psychopathological symptoms and workplace stress intensity. They perceived a moderate improvement in problems which were the reason for seeking treatment and reported that cultivating mindfulness resulted in significant enhancement of their psychological and physical well-being. Practical implications of these findings, as well as limitations of our study and suggestions for future research will be discussed as well.*

**Key words:** mindfulness, global distress, workplace stress, psychological well-being

## „WWW.DEPRESIJA/ANKSIOZNOST.HR...“ – INFORMACIJE O DEPRESIJI I ANKSIOZNOSTI NA INTERNETSKIM STRANICAMA

NATAŠA JOKIĆ-BEGIĆ, BRANKA BAGARIĆ<sup>1</sup> i JOŠKO JURMAN<sup>1</sup>

*Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb i  
Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, Zagreb, Hrvatska*

*Internet stranice i forumi često se koriste kao izvor informiranja o mentalnom zdravlju te kao sredstvo razmjene iskustava korisnika interneta prilikom nošenja sa zdravstvenim teškoćama. Informiranje putem interneta ima osobito značajnu ulogu kod psihičkih smetnji jer se zbog anonimnosti koju internet omogućuje izbjegava stigmatizacija koja prati psihičke smetnje. Dosadašnja istraživanja pokazuju da 50 % do 80 % osoba koje koriste internet to čine s ciljem pretraživanja informacija o zdravlju, a gotovo pola ih je izjavilo da su te informacije utjecale na njihovu odluku o izboru tretmana. Gotovo polovica onih koji su pretraživali informacije o mentalnom zdravlju nisu se obratili stručnjaku. Cilj istraživanja bio je provjeriti kakvu vrstu informacija korisnik može dobiti pretraživanjem interneta. U tu svrhu smo analizirali internetske stranice i forme razumljive hrvatskom govorniku za riječi „depresivnost“ i „anksioznost“. Za kategorizaciju podataka koristili smo Leventhalov model samoregulacije zdravstvenih ponašanja. Rezultati pokazuju kako su autori sadržaja na internetu u većem broju nepoznati ili laici. Depresija je prikazana kao teža psihička smetnja u odnosu na poremećaje iz anksioznog spektra. Anksiozni poremećaji u većoj mjeri su prikazani kao reakcija na životne stresore te kao smetnje kod kojih osoba može mnogo više sama učiniti da si pomogne. Pokazalo se i da nema dovoljno informacija o psihoterapiji te načinu na koji osoba može dobiti takvu pomoć. Raspravljenja je važnost točnosti informacija koje se dijele putem interneta te moguće štetne posljedice oslanjanja na takve informacije.*

*Ključne riječi:* internet, depresija, anksioznost, mentalno zdravlje, samoregulacija

*Adresa za dopisivanje:* Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić  
Odsjek za psihologiju  
Filozofski fakultet Zagreb  
I. Lučića 3  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: njbegic@ffzg.hr

### UVOD

Zadnjih smo desetljeća svjedoci dramatične promjene u izvorima informiranja o zdravlju (1, 2). Internet je nesumnjivo stvorio sasvim novi informacijski krajolik koji oblikuje društvenu stvarnost, a u području mentalnog zdravlja oblikuje vjerovanja o uzrocima psihičkih smetnji i pore-

mećaja, njihovoj pojavnosti i načinima liječenja. Istraživanja pokazuju kako je za oko 50-80 % odraslih korisnika internet glavni izvor informacija o zdravlju (3), pri čemu se više od jedne trećine pretraživanja odnosi na mentalno zdravlje (4). Svaka četvrta osoba će radije pretraživati in-

ternet u vezi vlastitog mentalnog zdravlja nego se obratiti liječniku (5), a samo polovina od onih koji su pretraživali će potražiti stručnu pomoć (6). Zanimljivo je da sam posjet liječniku potiče pretraživanje internetskih stranica kako bi se prikupile dodatne informacije (7,8). Osobe ženskog roda (9), koje su zaposlene i višeg stupnja obrazovanja (10) češće pretražuju internet. U području mentalnog zdravlja najčešće se pretražuju sadržaji povezani s depresijom i anksioznosti koje se češće javljaju u žena.

Internet je praktičan, jeftin i brz izvor informacija koji omogućuje anonimnost, pruža osjećaj osnaženosti zbog prikupljenih podataka (11), bolje prihvaćenosti i manje stigmatiziranosti zbog psihičkih smetnji (12). S druge strane, kvaliteta informacija prikupljenih putem internetskih stranica je upitna (13). Ekonomsko i socijalno vijeće Ujedinjenih naroda je od 1995. godine pokrovitelj projekta čiji je cilj označavanje kvalitetnih internetskih stranica ozнаком „*Health on the Net*“ (HON). HON počiva na načelima koja između ostalog jamče znanstvenu utemeljenost podataka. Označene internetske stranice imaju značajno bolju kvalitetu podataka od neoznačenih (14), no ne postoji obaveza prijavljivanja stranica na recenziju, tako da je prosječni korisnik interneta izložen svakojakim izvorima. Situacija je dodatno složena uzme li se u obzir da većina mlađih ljudi informacije o mentalnom zdravlju prikuplja i dijeli putem foruma i društvenih mreža (*Facebook, Twitter*) koje omogućuju međusobnu interaktivnu komunikaciju velikog broja sudionika. Istraživanja pokazuju da se informacije o stresu i depresiji vrlo često dijele na forumima i društvenim mrežama (15), te da se ondje traži socijalna podrška (16).

U Europi svake godine oko 30 % osoba pati zbog psihičkih smetnji te usprkos dostupnoj pomoći, oko 50 % oboljelih od teških psihičkih poremećaja i 75 % s blažim psihičkim smetnjama ne dobiva adekvatnu pomoći (17). Znanje o psihičkim smetnjama je prediktivno za traženje pomoći (18). Inozemna istraživanja (5) te naše kliničko iskustvo pokazuju da se osobe, pogotovo mlađe životne dobi, nakon pojave prvih psihičkih smetnji prvo okreću internetu kao izvoru podataka. Vrlo često se radi o prvim informacijama o psihičkim poremećajima, te se na osnovi njih stvaraju vjerovanja o uzrocima smetnji, njihovom tijeku, načinima pomoći i prognozi. Unutar kognitivno-bihevioralne paradigmе razumijevanja nastanka i održavanja psihičkih smetnji važno mjesto zauzimaju vjerovanja o zdravlju i bolesti. Ova vjerovanja utječu na percepciju psihičkih stanja, emocionalne reakcije, i najvažnije, na odluke i zdravstvena ponašanja. Stoga je značajno saznati s kakvim se sve informacijama pojedinci susreću pretražujući internet, te kakav je potencijalni utjecaj na odluke u vezi traženja stručne pomoći zbog psihičkih smetnji.

Leventhalov model samoregulacije zdravstvenih ponašanja (19) je kognitivni model koji objašnjava varijacije

u ponašanjima povezanim sa zdravljem i bolesti. Prema tom modelu način na koji osoba percipira bolest i prijetnje zdravlju jest temelj koji će odrediti emocionalnu reakciju i zdravstvena ponašanja. Kognitivna reprezentacija bolesti ima pet različitih komponenti: *identitet* – značenje koje se pridaje simptomima i bolesti (primjerice, tjeskoba kao simptom može se shvatiti kao znak anksioznog poremećaja ili kao reakcija na životne okolnosti); *uzrok* – vjerovanja o uzroku/cima bolesti; *trajanje* – vjerovanje o vremenskom tijeku smetnji (akutno, kronično, ciklično); *posljedice* – vjerovanja o posljedicama bolesti; *percipirana kontrola* – vjerovanja o ishodima, odnosno mogućnostima samopomoći i liječenja. Istraživanja provedena na različitim somatskim i psihičkim smetnjama su potvrđila postavke modela i dokazala snažan utjecaj percepције i vjerovanja o bolesti na strategije suočavanja i zdravstvene ishode (20, 21).

U Hrvatskoj do sada nije bilo istraživanja koja su provjeravala kvalitetu informacija o mentalnom zdravlju. Stoga nas je zanimalo što se može pronaći na internetskim stranicama koje su razumljive hrvatskom govorniku nakon što se upišu pojmovi „depresija“ i „anksioznost“. Ova dva pojma su odabrana jer se radi o najčešćim psihičkim smetnjama u populaciji (22), a inozemna istraživanja su potvrđila kako su ovo najčešći pojmovi iz područja mentalnog zdravlja koji se internetski pretražuju (10).

## CILJ RADA

Cilj istraživanja bio je ispitati kakve se informacije mogu pronaći o depresiji i anksioznosti pretraživanjem internetskih stranica i foruma koje može razumjeti hrvatski govornik i raspraviti mogući utjecaj takvih informacija na postupke u vezi psihičkih smetnji koristeći Leventhalov model samoregulacije zdravstvenih ponašanja.

## METODA

Metoda istraživanja kojom su prikupljeni podaci je analiza arhivske građe (23), u ovom slučaju digitalne. Pregledavane su internetske stranice i forumi.

### *Internetske stranice*

Za pretraživanje internetskih stranica je korišten Google Chrome preglednik uz opciju „privatno pretraživanje“ kako povijest pretraživanja na korištenom osobnom računalu ne bi utjecala na rezultate. U Google tražilicu upisana je riječ „depresija“, odnosno riječ „anksioznost“, a u obradu su uključeni tekstovi s prvih deset rezultata pretrage. Naime, istraživanja pokazuju da korisnici najčešće gledaju prvih nekoliko izvora, a čak 97,2 % klikova odnosi se upravo na poveznice unutar prvih deset rezultata pretrage (24). Preuzeti su i tekstovi usko povezanih sadr-

žaja koji se nude unutar jedne Internet stranice, a sadrže ključnu riječ.

U obradu su uključene samo stranice na jezicima koje hrvatski govornik može razumjeti (hrvatski, bosanski, srpski) i koje bi stoga vjerojatno uzeo u obzir prilikom pretraživanja. U pretraživanje nisu uključeni plaćeni oglasi jer ne odražavaju stvarni rang stranice s obzirom na broj pregleda. Također, preskočene su stranice koje sadrže tekst koji je u potpunosti preuzet (kopiran) s neke druge stranice i već uključen u obradu. Forumi su obrađeni u drugom dijelu istraživanja.

Internet stranice koje su zadovoljile navedene kriterije i koje su uzete u obradu za depresiju su: <http://www.plivazdravlje.hr>, <http://hr.wikipedia.org>, <http://covermagazin.com>, <http://www.zdravosfera.com>, <http://depresija101.com>, <http://www.krnetic.com>, <http://www.depresija.org>, <http://www.cybermed.hr>, <http://peregrina.at> i <http://www.24sata.hr>, a za anksioznost: <https://hr.wikipedia.org>, <http://www.plivazdravlje.hr>, <http://www.krnetic.com>, <http://depresija101.com>, <http://www.24sata.hr/psihologija>, <http://www.klinickapsihologija.hr>, <http://www.anksioznost.net>, <http://www.trambus.com.hr>, <http://www.ssc.uniri.hr/> i <http://www.hope.hr>

Rezultati su prikupljeni u prosincu 2014., a potom ponovno pregledani u lipnju 2015., pri čemu nije bilo značajnijih promjena u rangu stranica, ni u njihovom sadržaju.

### *Internetski forumi*

U svrhu pregledavanja foruma u Google tražilicu upisano je „anksioznost forum“, odnosno „depresija forum“, a u obradu su uključene internet stranice s forumima koji su bili ponuđeni na prvoj stranici pretraživanja i to su sljedeće stranice (forumi): <http://www.forum.hr/>, <http://forum.net.hr/forums/t/268368.aspx>, <http://www.depresija.org/?page=bolesti&topic=anksioznost>, <http://www.depresija.org/>, [http://www.cybermed.hr/forum/specijalizacije\\_medicina/psihijatrija/anksioznost6](http://www.cybermed.hr/forum/specijalizacije_medicina/psihijatrija/anksioznost6), <http://www.coolinarika.com/forum/zdravlje/ostalo/49289/>, <http://www.alternativa-forum.com/psihicki-poremećaji/6782-panika-depresija-anksioznost.html>.

Među navedenim, Forum.hr istaknuo se sa značajno većim sadržajem od ostalih pregledanih foruma budući da se na tom forumu rasprava o relevantnim temama proteže unatrag nekoliko godina. Zbog toga metoda pretraživanja Forum.hr-a bila je takva da je za svaku od dviju najvećih relevantnih tema na forumu („anksioznost – opća tema“ i „depresija – opća tema“) pregledan unaprijed određen broj objava. Pregledano je prvih deset stranica pa je deset stranica preskočeno i tako dalje dok nije prikupljen predviđen broj podataka. Za svaku temu pregledano je ukupno 50 stranica pri čemu svaka stranica sadrži po 20 objava. Ostali forumi pregledani su u cijelosti te su iz njih izvučeni glavni nalazi.

Podatci su prikupljeni do kolovoza 2015.

## OBRADA PODATAKA

Na temelju postavljenih ciljeva i pregleda svih tekstova odabrane su kategorije iz Leventhalovog modela na temelju kojih su analizirani podaci: *identitet poremećaja* (eti-ketiranje poremećaja), *uzroci poremećaja* (doprinos gena i doprinos okoline), *trajanje* - vjerovanje o vremenskom tijeku smetnji (akutno, kronično, ciklično); *posljedice* - vjerovanja o posljedicama poremećaja; *percipirana kontrola* – ova je kategorija obuhvaćala nekoliko potkategorija – savjet da se kontaktira stručnjaka (je li naveden i kojeg stručnjaka se predlaže), psihofarmaci (spominju li se i s kakvom konotacijom), psihoterapija (spominje li se i koja vrsta), metode samopomoći (navode li se kao mogućnost i koje vrste) te stav prema vjerojatnosti izlječenja (optimističan ili pesimističan). Osim toga, bilježila se kategorija autora članka (je li naveden i je li stručnjak iz područja mentalnog zdravlja).

## REZULTATI

Većina stranica posvećenih depresiji razmatra o velikom depresivnom poremećaju, dok većina stranica posvećenih anksioznosti o generaliziranom anksioznom poremećaju i paničnom poremećaju, a manje o ostalim anksioznim poremećajima.

Objave na forumima koncipirane su prema principu opisivanja vlastitih iskustava s različitim vrstama anksioznih i depresivnih poremećaja. Autori postavljaju pitanja i/ili daju odgovore na postavljena pitanja. Većina upita odnosi se na vlastite poteškoće i gotovo sva postavljena pitanja dobivaju neki oblik odgovora. U pitanjima i odgovorima spominje se cijeli spektar anksioznih poremećaja s iznimkom opsativno-kompulzivnog poremećaja, a prevladava panični poremećaj. Forumi posvećeni depresiji ne specificiraju o kojoj vrsti depresivnog poremećaja se radi.

### *Autor članka*

Autor članka je naveden je na 5/10 internet stranica o depresiji, pri čemu je 1 autor liječnik, 1 psiholog i 3 laika.

Na stranicama o anksioznosti autor je naveden na 7/10 internetskih stranica, pri čemu su 2 autora liječnici, 3 psiholozi i 2 laici. U kategoriji laika svrstani su uglavnom novinari koji ne citiraju stručnjake, ni stručnu literaturu i osobe koje govore o vlastitim iskustvima nošenja s psihičkim bolestima.

Autori objava na forumima su u potpunosti anonimni te nije bilo moguće provjeriti istinitost ostalih podataka koje su autori navodili (spol, godine, zvanje, zanimanje, medicinska povijest). Jedino je na *Cybermed* forumu bilo moguće provjeriti tko daje odgovore na upite korisnika foruma budući da su autori odgovora stručnjaci koji su dužni navesti svoje ime, prezime i zvanje.

Tablica 1.

*Primjeri citata s internetskih stranica i foruma kategoriziranih prema kategorijama percepcije bolesti iz Leventhalovog modela samoregulacije zdravstvenog ponašanja*

	Depresivnost	Anksioznost
Identitet	<i>Postoje tri vrste depresije: početna laka, srednja prolazna i teško depresivno stanje</i>	<i>Anksioznost je reakcija na stvarnu situaciju opasnosti, u kojoj se javlja strah. Onaj tko to nije doživio ne može razumjeti.</i>
Uzrok	<i>Bolest se u početku javlja kao rezultat stresnih životnih događaja i konstitucije.</i>	<i>Tako, rana iskustva u djetinjstvu, poput nekih stresnih situacija, osobna osjetljivost i načini suočavanja sa stresom su od ključnih razloga. Anksioznost i panični napadi jesu rezultat nagomilanog, akumuliranog stresa u životu pojedinca. Naravno da izbjegavaš određene aktivnosti ili mjesto jer ih povezuješ s paničnim atakama, to mnogi koji imaju tvoj problem rade. No to vodi samo u još više i više izbjegavanja pa u skladu s time i k potencijalnom razvijanju nekih drugih poremećaja. I tako u krug.</i>
Trajanje	<i>Epizode se obično ponavljaju</i>	<i>Moja dg. je generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj i agorafobija. Posjećujem već 3 godine psihijatra i svaki tjedan idem na psihoterapiju. Još uvijek se ne osjećam dobro.</i>
Posljedice	<i>Osobe koje pate od depresije imaju smanjen mozak u nekim područjima. Žene ne vole depresivne muškarce.</i>	<i>Anksioznost tada značajno ograničava osobu u svakodnevnom funkcioniranju i profesionalnom ostvarenju, čime umanjuje kvalitetu života.</i>
Percipirana kontrola	<i>Ako se bojite da biste mogli dobiti depresiju postoji nekoliko koraka koje možete poduzeći da se to ne dogodi. Jesi razmišljao porazgovarati sa stručnom osobom? Možda bi ti pomogla neka psihološka podrška u obliku psihoterapije. Bilo da se radi o nekoj suportivnog tipa ili tamo gdje se ulazi u dublje analize emocija i ponašanja, ovisno što se procijeni da je bolje za tebe. Znam da se depresija liječi psihoterapijom ili lijekovima, no moram reći kako sam vrlo skeptična glede psihoterapije i imam osjećaj kao da ona baš i ne može biti od velike pomoći, a lijekova me pomalo strahu jer se bojam da će biti omamljena i nesposobna obavljati svakodnevne poslove. Također ne znam kome da se prvo obratim za pomoć. Da li da se javim liječnicima opće prakse i što bih joj trebala reći?</i>	<i>Nabavite mačku ili psa jer kućni ljubimci pomažu da se lakše nosite sa tjeskobom. Razvijte hrabrost jer dobre se stvari događaju ljudima koji su spremni riskirati. Naime, dokazano je kako vježbe disanja mogu uvelike pomoći u kontroli simptoma anksioznosti. S obzirom da veliki broj osoba koji imaju poremećaj s disanjem, odnosno u panici počnu hiperventilirati. Važno je da potražiš stručnu pomoć. Sam si sigurno nećeš moći pomoći.</i>

U tablici 1 nalaze se kategorije kognitivne reprezentacije poremećaja prema Leventhalovom modelu i primjeri odgovora<sup>1</sup>.

#### *Identitet poremećaja*

Na nekim stranicama mogu se pronaći pogrešne, djelomično pogrešne, pretjerano pojednostavljenе ili nedovoljno oprezno objašnjene informacije o depresivnosti

poput: „Promjena će doći ako ju želimo iznutra“, „Niti dobre niti loše vijesti ih (osobe s depresijom) više ne uzbuđuju“, „Jedan od simptoma depresije je nespretnost, ispadaju vam predmeti iz ruku“, „Bolest se u početku javlja kao rezultat stresnih životnih događaja i konstitucije“. No, velik broj stranica ističe da depresija „nije znak slabosti“ i da se osoba ne može samo „trgnuti iz toga“.

<sup>1</sup> Citati su preneseni s internetskih stranica i foruma bez interveniranja u stil napisanog, kako bi se što vjernije prikazao izričaj koji se ondje nalazi.

Na stranicama o anksioznosti također se mogu pronaći pogrešne ili djelomično pogrešne informacije poput: „*Anksioznost je reakcija na stvarnu situaciju opasnosti, u kojoj se javlja strah*“; „...*anksioznost, stručnim riječima nazvana GAD...ako se anksioznost ne liječi na vrijeme, onda može prerasti u GAD*“. No, 5/10 stranica eksplicitno navodi da anksioznost i napadi panike nisu opasni za zdravlje.

Autori na forumima tvrde kako iznose informacije i objašnjenja o anksioznosti i depresiji temeljene na vlastitom iskustvu u razgovorima sa stručnjacima ili na iskustvu nošenja s tim poteškoćama (poremećajima). Na temelju toga iznose mišljenje i često kategorički i jasnim uputama savjetuju druge korisnike foruma npr.: „*Samoprepoznavanje vlastite bolestine i postavljanje „dijagnoza“ nije ni uputno ni preporučljivo. Uostalom, ti si na Cipreku? to se meni već odavno činio bolji izbor od onog što si uzimao, koliko se sjećam bio je V.... u pitanju?*“; „*U suštini je najbitnije znati da se u krizama depresije ne trebaju donositi nikakve velike odluke, jer sve drugačije izgleda kada nisi u depri.*“

#### *Uzroci poremećaja*

Kada govorimo o depresiji, ukupno se na 7/10 stranica razmatra o uzrocima njezinog razvoja. Na tih 7 stranica pronalaze se objašnjenja koja bi se zajedno mogla klasificirati pod stresore (stres, stresni događaji i sl.), a na 5 stranica pronalaze se objašnjenja koja bi se mogla klasificirati kao doprinos gena (ranjivost, nasljeđe i sl). Navode se i sljedeći uzroci za razvoj depresije: virusi, lijekovi, alkoholizam, prehrana, kritičnost, samoča, manjak svjetla, porod, alergija te da se još ne znaju točni uzroci.

Na 6/10 stranica piše se o uzrocima razvoja anksioznosti. Različiti stresori kao uzroci anksioznosti, jednako kao i geni, navode se na 5 od 6 stranica. Kao uzroci anksioznosti navode se i: nezadovoljen agresivni nagon, odgovor ega na nesvjesne impulse iz ida, učenje uvjetovanjem, pogreške u percepciji opasnosti, karakteristike ličnosti, kemijski procesi, posljedice kroničnih bolesti, posljedica korištenja lijekova, droge, izolacija, perfekcionizam, roditelji i odgoj te neadekvatni načini suočavanja sa stresom.

Na forumima većina autora opisuje svoj problem i traži odgovor na pitanje što je uzrok njegovim smetnjama. Odgovori na pitanja i objašnjenja o uzroku poremećaja daju se direktno osobi koja je postavila pitanje, najčešće kroz općenite tvrdnje poput: „...*anksioznost je znak da nešto ne radite ispravno, nešto treba mijenjati.*“ ili „*Sve je to u glavi, na žalost.*“

#### *Trajanje*

Na ukupno 4/10 stranica o depresiji govori se o njezinom trajanju i tijeku pri čemu se na 3 stranice navodi da je tijek poremećaja cikličan („...oko 50 do 80% bolesnika doživi više od jedne epizode“, „*Tijekom dvadesetogodišnjeg perioda bolesnici prosječno imaju 5 do 6 epizoda*“,

„*Epizode se obično ponavljaju*“). Na 2 stranice o depresiji se govori kao o kroničnoj bolesti, osobito ako se ne liječi („*Spontani oporavak bez lječenja je jako rijedak i dešava se u samo 10% slučajeva*“, „*Ako se epizoda depresije ne liječi, ona može prosječno trajati 6-24 mjeseca, a većina lječenih epizoda traje dva do tri mjeseca, no u nekim bolesnika može trajati godinama, čak doživotno*“).

Na stranicama o anksioznosti ne govori se o trajanju smetnji.

U kategoriji trajanja smetnji na forumima su uglavnom iznesene informacije koje proizlaze iz osobnog iskustva autora („*Anx imam već 2 godine, ajmo reć da je konst.*“, „...*trebalo bih biti sposoban to razriješiti a to traje već 3-4 godine.*“) te, kako autori tvrde, na temelju informacija koje su prikupili iz različite literature. Također, navode se procjene o tome koliko bi lječenje moglo potrajati s obzirom na prepostavljenu dijagnozu.

#### *Posljedice*

Štetne posljedice depresije spominju se na ukupno 6/10 stranica, pri čemu ima mnogo zastrašujućih informacija poput: „*Depresija uništava sive stanice u mozgu*“, „*Osoobe koje pate od depresije imaju smanjen mozak u nekim područjima*“, „*Žene ne vole depresivne muškarce*“, „*Depresivne osobe imaju tri puta veću šansu za Parkinson*“, „*Depresivne osobe imaju u prosjeku kraći životni vijek većinom zbog činjenice da češće izvršavaju suicid, ali također je dokazano da su skloniji nekim bolestima*“, „*Ako se ne tretira, depresija može uništiti sve oblasti uobičajenog života osobe, uključujući porodične odnose, prijateljstva i sposobnost da se radi ili školuje*“.

Negativne posljedice anksioznosti spominju se na 3/10 stranica te im je obraćeno manje prostora. Navode se sljedeće posljedice anksioznosti: ograničenost svakodnevnog funkciranja i smanjena kvaliteta života, neodlučnost, gubitak samopouzdanja, depresija i opsessivne misli.

Autori se na forumima u velikoj većini objava dotiču štetnih posljedica depresije i anksioznosti. Često se forumima koriste upravo da bi se lakše nosili s posljedicama tih poremećaja. Također, autori se često osvrnu na štetne posljedice različitih postupaka koje drugi autori navode da (ni)su učinili, često ponovno polazeći od vlastitih iskustava poput: „*Imamo mi svi i fizičke i psihičke simptome. Ne idi previše oko doktora za fizičke simptome, to još pogoršava stvari.*“, „*Trebala bih hitno nazvati svoju dr da te primi i da popričate, jer nekaj grdo nije o.k. ak si se rezala.*“

#### *Percipirana kontrola*

Stav prema vjerojatnosti izlječenja na 6/10 stranica koje govore o depresiji je optimističan (npr. velika učinkovitost tretmana), na 2/10 pesimističan (npr. dugotrajna i teška borba), a na 2/10 stranica nije izrečen. Čak 8/10 stranica o anksioznosti ima optimističan stav prema vje-

rojatnosti izlječenja ovih smetnji, dok na preostalima nije jasno izrečen.

Preporuka da se kontaktira stručnjaka navedena je na 8/10 stranica o depresiji te na 5/10 stranica o anksioznosti. Na 6 stranica predlaže se da depresivna osoba kontaktira psihijatra, na 4 stranice liječnika, a na po 3 stranice psihologa i psihoterapeuta (neke stranice sugeriraju više različitih stručnjaka). Na 3 stranice predlaže se da se anksiozna osoba javi psihijatu, na po 2 stranice liječniku i psihologu te na 1 stranici psihoterapeutu.

Farmakoterapija kao metoda liječenja spominje se na 8/10 stranica o depresiji te na 5/10 stranica o anksioznosti. Na stranicama o depresiji o farmakoterapiji se s pozitivnom konotacijom (npr. velika učinkovitost, obavezna metoda liječenja, blage nuspojave) razmatra na 3 stranice, a na stranicama o anksioznosti na 2 stranice. Na preostalim stranicama stav autora prema farmakoterapiji nije izrečen ili se prednosti i nedostatci navode u jednakoj mjeri.

Psihoterapija kao metoda liječenja navedena je na 8/10 stranica o depresiji te 6/10 stranica o anksioznosti. Na 4 stranice o depresiji spominje se kognitivno-bihevioralna terapija, na 1 stranici psihanaliza te na 1 stranici sistemska obiteljska terapija. Na svih 6 stranica o anksioznosti koje spominju psihoterapiju navodi se kognitivno-bihevioralna terapija, na po jednoj stranici psihanaliza, suportivna terapija i grupna terapija. Na nekim stranicama nisu izrijekom navedene određene vrste psihoterapije, ali se jasno navode pojmovi i metode koji su za njih specifični. Iako se psihoterapija češće spominje na stranicama o depresiji, na njima je najčešće samo spomenuta, dok se na stranicama o anksioznosti detaljnije razmatra o psihoterapiji, pri čemu se spominju neke tehnike kao što izlaganje, relaksacija, abdominalno disanje.

Tehnike za samopomoć spominju se na 5/10 stranica o depresiji i na 6/10 stranica o anksioznosti. Depresivnim osobama se na svih 5 stranica predlaže vježbanje i druženje, a na 4 stranice neki oblik zdravije prehrane. Od ostalih načina na koje si depresivna osoba može sama pomoći navode se: praćenje misli i osjećaja, hobiji, ekoterapija, meditacija, vjera, biljni pripravci, čaj od kamilice, *self-help* knjige, spavanje, dnevna svjetlost, sunčanje, distrakcija, podrška okoline, tužna glazba, smijeh i čokolada. Anksioznim osobama se na svih 6 stranica predlažu neke tehnike disanja tj. relaksacije, a na po 3 stranice predlažu se vježbanje i zdrava prehrana. Od ostalih savjeta za samopomoć kod anksioznosti spominju se: izbaciti kofein, nabaviti mačku ili psa, razviti hrabrost, biti spremni riskirati, prihvati simptome, prepustiti se, vjerovati da će biti bolje, Gospina trava, joga, meditacija i naučiti reći „ne“. Budući da se u ovoj kategoriji može pronaći velik broj strategija proizašlih iz kognitivno-bihevioralnog pristupa ovdje ih zasebno navodimo: distrakcija, upravljanje mislima (pitati se što je najgore što mi se može dogoditi) izlagati se strahovima, ukidanje sigurnosnih ponašanja i korištenje umirujućih samoizjava za vrijeme napada panike.

Forumi su puni potpore i ohrabrvanja te se mnoge objave odnose na poboljšanje vlastitog stanja ili ohrabrvanje onih koji su se javili s teškoćom. Mnoge objave opisuju napredak i poboljšanje zbog psihoterapije i/ili korištenja psihofarmaka. „*Nakon 5 godina i liječenja antidepresivima osjećam se puno bolje i vjerujem da će tako i tebi biti. Znam da ti je sada teško jer misliš da mi tu svi pametujemo, ali vjeruj mi moraš se suočiti s tim.*“

Korištenje lijekova je česta tema na forumima. Autor redovito uz objašnjenje problema navodi i koje lijekove uzima. Neki autori daju detaljne upute koji lijek uzeti i kakvo bi trebalo biti djelovanje te čak direktno predlažu smanjenje ili uvođenje/povećanje korištenja nekog lijeka. „*Da sam barem prije znala, a ne gutala samo Helexe u nadi da će proći. Koliko pomaže antidepresiv da to ublaži ili otkloni?*“, „*Pogrješio si što si prestao uzimati lijekove. Postoje odlični antidepresivi s kojima će moći normalno funkcionirati, a nuspojave će biti minimalne.*“

Ukupno se o stručnjacima za mentalno zdravlje govori nešto više u negativnom kontekstu. Često se predlaže odlazak psihologu kao zamjena za psihijatra i farmakoterapiju te se ponekad daju i preporuke za privatne prakse. Primjeri za takve objave su: „*Svaki put kad odem psihiču, drugi je tam jer stalno odlaze i tak mi svaki mijenja terapiju.... osjećam se ko pokušni kunić.*“ „*....već me strah da ču näliti na nekog tko pacijente rješava po principu pomicne trake.*“ „*Moraš naći jednog kvalitetnog psihijatra s kojim ćeš uspostaviti dobar kontakt, povjerenje i u konačnici pronaći pravu terapiju. Ovako nećeš dogurati, bojam se nigdje.*“ „*Ja bih ti preporučila privatnog psihoterapeuta, ako si možeš priuštiti. Psihologa ili psihijatra, ali da je psihoterapeut.*“

Na forumima se različiti psihoterapijski pravci spominju u manjoj mjeri, najčešće kad netko traži specifičnu preporuku. Uglavnom se komentiraju psiholozi i liječnici na razini privatnog tretmana osobnim iskustvima autora, a sadržaj se najčešće odnosi na odnos prema klijentu i upotrebu lijekova. Rezultati ukazuju i na nepoznavanje različitih psihoterapijskih pravaca i uopće postojanja različitih vrsta psihoterapije.

## RASPRAVA

Provedeno istraživanje je imalo za cilj utvrditi vrstu informacija o anksioznosti i depresivnosti na internetskim stranicama i forumima razumljivim govorniku hrvatskog jezika. Pri kategorizaciji podataka koristili smo se Leventhalovim modelom samoregulacije zdravstvenih ponašanja.

Zabrinjavajuće je da u velikom broju slučajeva, osobito kod tekstova o depresiji, ne znamo tko je autor teksta ili je riječ o nestručnoj osobi koja daje informacije i savjete. Istraživanja pokazuju da su ljudi skloni vjerovati u ono što pročitaju na internetu i da uglavnom ne provjeravaju

kredibilitet tih informacija. Eysenbach i Kohler (24) su zamolili sudionike da na internetu pronađu odgovore na neka tipična pitanja o zdravlju. Sudionici su kasnije na upit istraživača izjavili da kredibilitet stanice procjenjuju na temelju izvora, profesionalnog dizajna, znanstvenog ili službenog stila, jezika i lakoće upotrebe stranice. No opažanjem njihova pretraživanja utvrđeno je da nitko nije čitao segment „o nama“, upozorenja ili ogradijanja, a vrlo malo ih se kasnije sjećalo s kojih su stranica prikupili podatke.

Daljnji tekst je strukturiran prema vrsti smetnji.

### *Depresija*

Prikupljeni podaci su pokazali da je depresija prikazana kao ozbiljnije stanje u odnosu na anksioznost. Pohvalno je što se na većini stranica nalazi shvaćanje da se depresija ne pripisuje osobnoj slabosti, nego da se radi o psihički nelagodnom stanju koje je moguće tretirati. Ove poruke su važne jer su nedavna istraživanja pokazala kako više od polovine pripadnika opće populacije smatra kako su ljudi s depresijom karakterno slabi i odgovorni za svoje stanje (25,26). Na nekim se stranicama nalaze netočni opisi simptoma (nespretnost, zaravnjen afekt) koji mogu zavarati čitatelja.

Kao uzroci depresije se ističu nasljede i stresori, pri čemu se stresori ističu u prvi plan. Ima i pogrešnih laičkih objašnjenja uzroka depresije (prehrana, alergija, samokritičnost). Dobiveni podaci sukladni su nalazima iz literature koji navode dominantna psihosocijalna objašnjenja uzroka depresije (27), koji bar djelomično objašnjavaju relativno rijetko traženje stručne pomoći (28).

Depresija je na internetskim stranicama prikazana kao ponavljajuće ili kronično stanje što je važno jer se pokazalo da doživljaj depresije kao kratkotrajne i prolazne epizode dovodi do odgađanja traženja stručne pomoći (29).

Na više stranica prikazane su negativne posljedice depresije, pri čemu su neki opisi zastrašujući (npr. uništavanje moždanih stanica) i netočni (uništavanje svih područja života). Prijašnja istraživanja su pokazala da vjerovanje u teške posljedice depresije povećava vjerojatnost traženja pomoći (30), ali s druge strane povećava osjećaj beznađa.

Na internetskim stranicama razumljivim hrvatskim govornicima stav prema poboljšanju i izlječenju od depresije je optimističan. Pohvalno je što se na većini stranica ističe potreba obraćanja stručnjaku, većinom psihijatru i liječniku obiteljske medicine. Istraživanja su pokazala da su oni koji vjeruju da se depresija može uspješno liječiti spremniji potražiti pomoć (30). Na većini stranica se ističe farmakoterapijsko liječenje kao obavezno i učinkovito. Važno je, međutim, istaknuti kako vjerovanje o uzročnosti depresije i predloženi načini liječenja moraju biti koherenti kako bi se neka terapijska metoda vrednovala kao učinkovita (31). Primjerice, vjerovanje o ranim nepovoljnim iskustvima kao uzrocima depresije povećat će vjerovanje u učinkovitost psihoterapije (31,32). S druge strane, vjerovanje u biološku osnovu depresije povećat će

preferenciju farmakoterapije (31). Prijašnja istraživanja su pokazala da depresivne osobe preferiraju samopomoć i psihoterapiju u odnosu na farmakoterapiju (33), te da je preferencija glavna odrednica slijedenja tretmana (34). Što se tiče samopomoći, nedavno istraživanje je pokazalo da se preferira tehnika vođene samopomoći (prolaženje kroz materijale za samopomoć uz vođenje stručnjaka) u odnosu na knjige za samopomoć, biblioterapiju ili antidepresive (34). Što se tiče psihoterapije, istraživanja su pokazala kako preferencija kognitivno-bihevioralnog pristupa u odnosu na farmakoterapiju raste s obrazovanjem (3).

Komunikacija o depresiji na forumima je individualizirana i usmjerena ka davanju konkretnih savjeta. Dosadašnja istraživanja osoba s poremećajima raspolaženja su pokazala da one koriste internetske forme za dobivanje socijalne podrške, razmjajivanje emocija i dobivanje savjeta u vezi svakodnevice (36), što se pokazalo i našim istraživanjem. Zabrinjavajuće je što se daju direktni savjeti u vezi lijekova, čime davatelji savjeta preuzimaju autoritet stručnjaka (37).

### *Anksioznost*

Anksioznost se na internetskim stranicama najčešće opisuje kao strah, a često se shvaća kao sinonim za generalizirani anksiozni poremećaj ili panični poremećaj. Pohvalno je što se na polovici internetskih stranica eksplicitno navodi kako anksioznost i panika nisu opasni za zdravlje. Prijašnja istraživanja su pokazala da se simptomi anksioznosti često ne prepoznaju kao psihički poremećaj (38), već kao somatske poteškoće ili reakcije na životne stresore (39). Anksioznost pripada ubičajenim životnim iskustvima te je stoga očekivano da će se simptomi anksioznih poremećaja teže prepoznati. Nepatologizirajući pristup anksioznosti ima svakako svoje pozitivne strane jer djeluje umirujuće i normalizirajuće. Negativna strana jest odgađanje traženja stručne pomoći (40).

Uzroci anksioznosti se spominju na 6 od 10 internetskih stranica pri čemu se uzroci pripisuju podjednako okolinskim stresorima i nasljedu. Psihosocijalni uzroci pokrivaju čitav raspon pristupa: od ranih odgojnih postupaka do psihodinamskih objašnjenja kao što su potisnuti nagoni ida, što vjerojatno može djelovati zbujujuće na čitatelja.

O trajanju anksioznih smetnji se ne govori na internetskim stranicama, a na forumima se nalaze iskustva koja ukazuju na dugotrajnost liječenja.

Negativne posljedice anksioznosti se spominju samo na 3 do 10 internetskih stranica, a posljedice su manje zastrašujuće od onih kod depresije.

Kako se anksioznost shvaća kao dio ubičajenog iskustva, na internetskim se stranicama predviđa optimističan ishod, uz više dobro objašnjениh preporuka za samopomoć. Preporuča se i psihoterapija, pri čemu se najčešće spominje kognitivno-bihevioralni pristup. Farmakoterapija se spominje rijetko. Ovi nalazi su u skladu s dosadašnjim istraživa-

njima o percepciji anksioznih poremećaja kao smetnji koje ne zahtijevaju stručnu pomoć već osobni angažman (40).

Zanimljivo je kako se ni na forumima ni na internetskim stranicama psihoterapijski tretmani ne objašnjavaju detaljnije, iako su oni u pravilu usmjereni upravo radu s anksioznim smetnjama. Nedavno provedeno istraživanje na uzorku američkih građana je pokazalo da se povećala svijest o potrebi za stručnom pomoći zbog anksioznih smetnji, ali je znanje o psihoterapiji još uvijek nedostatno (41). Internet je otvorio bezgranični prostor komunikacije i svakako je potrebno da stručnjaci za mentalno zdravlje nađu svoje mjesto u tom prostoru koristeći ga u psihoedukativne svrhe. Razvijene su razne psihoterapijske metode koje su dokazano učinkovite, ali ako informacije o njima ne stignu do onih kojima bi mogle pomoći onda je upitna njihova svrhovitost.

Provedeno istraživanje je prvo ovakve vrste u Hrvatskoj i kao takvo ima brojna ograničenja. Kategorizaciju sadržaja internetskih stranica je radila jedna osoba, dok je kategorizaciju sadržaja foruma radila druga osoba, obje autori članka. Bilo bi opravdanje da je nekoliko sudaca neovisno kategoriziralo sadržaje te da su kasnije procjene uspoređene. Nadalje, vrlo je vjerojatno da prosječni hrvatski korisnik informacije traži i na stranim internetskim izvorima. Osim toga, u budućim bi istraživanjima trebalo provjeriti kakav je stvarni utjecaj internetskih sadržaja na čitatelja. Također bi u budućim istraživanjima trebalo upotrijebiti kvantificirane ocjene kvalitete internetskih stranica kao što je primjerice kratka ljestvica DISCERN (42).

## ZAKLJUČAK

Način stjecanja informacija o zdravlju i bolesti se u potpunosti promjenio zbog svakodnevnog korištenja modernih tehnologija. Internet je postao glavni izvor informiranja o zdravlju i bolesti, te je važno saznati koje se vrste informacija mogu ondje pronaći. Ovo je posebno važno unutar kognitivno-bihevioralnog teorijskog diskursa koji postavlja da vjerovanja o zdravlju i bolesti utječu na percepciju simptoma, interpretaciju njihova značenja, emocionalnu reakciju, te ponašanja koja će pojedinac poduzeti. Kako se vjerovanja o psihičkim smetnjama formiraju uglavnom putem medija (41), važno je saznati kojim su informacijama korisnici izloženi. Provedeno istraživanje je ukazalo da se na internetskim stranicama može pronaći mnoštvo informacija o depresiji i anksioznosti, ali koje su u velikom dijelu nepouzdane i potječe od nepoznatih autora. Buduća istraživanja će pokazati koliko su zdravstvena ponašanja povezana s anksioznosću i depresivnošću rukovođena internetskim informacijama.

Sasvim je izvjesno da će internet postajati sve značajniji izvor podataka te je stoga važno da stručnjaci što više komuniciraju s javnošću preko ovog medija dajući pouzdane i stručne informacije. Takvi bi prilozi trebali biti potpisani jer se time daje oznaka kvalitete danih informacija.

## LITERATURA

1. Powell J, Clarke A. The WWW of the World Wide Web: who, what, and why? *J Med Internet Res* 2002; 4: e4.
2. Powell J, Clarke A. Internet information-seeking in mental health: population survey. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 273–7.
3. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Health information seeking on the Internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005–2006. *BMC Public Health* 2008; 8: 69.
4. Fox S, Rainie L. Vital Decisions: How Internet Users Decide what Information to Trust when They Or Their Loved Ones are Sick: Plus a Guide from the Medical Library Association about Smart Health-search Strategies and Good Web Sites (str. 32). Pew Internet & American Life Project; 2002.
5. Gallagher S, Tedstone Doherty D, Moran R, Kartalova-O'Doherty Y. Internet use and seeking health information online in Ireland: demographic characteristics and mental health characteristics of users and non-users. Dublin: Health Research Bord, 2008.
6. Powell J, McCarthy N, Eysenbach G. Cross-sectional survey of users of Internet depression communities. *BMC Psychiatry* 2003; 3: 19.
7. Dickerson S, Reinhart AM, Feeley TH i sur. Patient Internet use for health information at three urban primary care clinics. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11: 499-504.
8. Rice, RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *Int J Med Inform* 2006; 75: 8-28.
9. Percheski C, Hargittai E. Health information-seeking in the digital age. *J Am Coll Health* 2011; 59: 379-86.
10. Horgan A, Sweeney J. Young students' use of the Internet for mental health information and support. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 117-23.
11. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother* 2013; 13: 205-13.
12. Johnsen J, Rosenvinge J, Gammon D. Online group interactions and mental health: an analysis of three online discussion forums. *Scand J Psychol* 2002; 43: 445-9.
13. Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ i sur. Quality of information sources about mental disorders: a comparison of Wikipedia with centrally controlled web and printed sources. *Psychol Med* 2012; 42(8): 1753-62.
14. Zermatten A, Khazaal Y, Coquard O, Chatton A, Bondolfi G. Quality of web-based information on depression. *Depress Anxiety* 2010; 27: 852-8.
15. Moreno MA, Jelenchick LA, Egan KG i sur. Feeling bad on facebook: depression disclosures by college students on a social networking site. *Depress Anxiety* 2011; 28: 447-55.
16. Frison E, Eggermont, S. The impact of daily stress on adolescents' depressed mood: The role of social support seeking through Facebook. *Comput Human Behav* 2015; 44: 315-25.
17. Oexle N, Ajdacic-Gross V, Müller M, Rodgers S, Rössler W, Rüsch N. Predicting perceived need for mental health

- care in a community sample: an application of the self-regulatory model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1593-1600.
18. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord* 2001; 64: 277-84.
  19. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 1992; 16: 143-63.
  20. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18: 141-84 .
  21. Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 477-505.
  22. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
  23. Milas G. Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
  24. Eysenbach G, Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002; 324: 573-7.
  25. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 125-32.
  26. Wang J, Lai D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affec Disord* 2008; 110: 191-6.
  27. Srinivasan J, Cohen NL, Parikh SV. Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation. *Can J Psychiatry* 2003; 48(7): 493-95.
  28. Biddle L, Donovan J, Sharp D, Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociol Health Illn* 2007; 29(7): 983-1002.
  29. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen SV. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res* 2011; 21: 1495-1507.
  30. Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Dunbar-Jacob J, Thase ME. Primary care patients' personal illness models for depression: Relationship to coping behavior and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 492-500.
  31. Iselin M, Addis ME. Effects of etiology on perceived helpfulness of treatments for depression. *Cognit Ther Res* 2003; 27: 205-22.
  32. Khalsa SR, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP. Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *J Clin Psychol* 2011; 67: 539-49.
  33. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 337-43.
  34. Hanson K, Webb TL, Sheeran P, Turpin G. Attitudes and preferences towards self-help treatments for depression in comparison to psychotherapy and antidepressant medication. *Behav Cogn Psychother* 2015; 20: 1-11.
  35. Wisniewski SR, Fava M, Trivedi MH i sur. Acceptability of second-step treatments to depressed outpatients: a STAR\*D report. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 753-60.
  36. Schielein T, Schmid R, Dobmeier M, Spiessl H. Self-help from the cyberspace?--An analysis of self-help forums for patients with bipolar affective disorders. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 28-32.
  37. Giles DC, Newbold J. „Is this normal?“ The role of category predicates in constructing mental illness online. *J Comput Mediat Commun* 2013; 18: 476-90.
  38. Coles ME, Schubert JR, Heimberg RG, Weiss BD. Disseminating treatment for anxiety disorders: step 1: recognizing the problem as a precursor to seeking help. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 737-40.
  39. Furnham A, Lousley C. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health* 2013; 5: 503-21.
  40. Paulus DJ, Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Mental health literacy for anxiety disorders: how perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *J Public Ment Health* 2015; 14: 94-106.
  41. Schofield CA, Dea Moore C, Hall A, Coles ME. Understanding Perceptions of Anxiety Disorders and Their Treatment. *J Nerv Ment Dis* 2015; DOI: 10.1097/NMD.0000000000000433.
  42. Khazaal Y, Chatton A, Cochand S i sur. Brief DISCERN, six questions for the evaluation of evidence-based content of health-related websites. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 33-7.

## SUMMARY

### WWW.DEPRESIJA/ANKSIOZNOST.HR – INFORMATION ON DEPRESSION AND ANXIETY ON INTERNET PAGES

N. JOKIĆ-BEGIĆ<sup>1</sup>, B. BAGARIĆ<sup>1</sup> and J. JURMAN<sup>1</sup>

*University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, and*

*<sup>1</sup>Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, Zagreb, Croatia*

*Internet pages and forums are frequently used as a source of information about mental health and as a means to exchange experiences while coping with health difficulties. Informing via the Internet has an especially significant role in mental disorders because anonymity helps to avoid the stigma that follows mental illness. Studies show that 50-80% of people who use the Internet use it to find health information, and almost half of them reported that such information had an impact on their choice of treatment. Almost half of people who sought mental health information on the Internet have not contacted an expert.*

*The aim of our study was to examine what type of information a user can obtain using the Internet. We analyzed the Internet pages and forums that are understandable to a Croatian speaker for words „depression“ and „anxiety“. We used Leventhal's model of self-regulation of health and illness behavior to categorize the acquired data.*

*Results indicate that the authors of the Internet content are mostly anonymous or laypersons. Depression is presented as a more severe mental disorder than anxiety spectrum disorders. Anxiety disorders are presented more as a reaction to life stressors and as an issue in which a person can do much more to help himself. Results also indicate that there is not enough information about psychotherapy and the way a person can obtain that sort of help. The importance of accurate information that is shared via Internet and the possible negative outcomes in case of reliance on that information was discussed.*

**Key words:** Internet, depression, anxiety, mental health, self-regulation

## METODA EMDR I KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU FOBIJE OD KRVI I INJEKCIJA

ANDREJA KOSTELIĆ-MARTIĆ

*Centar za kognitivno-bihevioralnu terapiju, Zagreb, Hrvatska*

*U kliničkom slučaju opisana je specifična fobia od krvi i injekcija u studenta medicine koji se na drugoj godini našao u situaciji da mora izvaditi krv kolegama i da oni moraju njemu. Nakon što se dva puta onesvijestio u laboratoriju, potražio je pomoć. Cilj tretmana bio je izlaganje vađenju krvi (sebi i drugima) bez nesvjestice. Tretman se sastojao od nekoliko dijelova. Prvi se odnosio na psihoedukaciju o prirodi anksioznosti i specifičnim fobijama. Drugi je uključivao tehnike abdominalnog disanja i autogeni trening. U trećem je dijelu napravljeno postupno izlaganje krvi i injekcijama, a u četvrtom se dijelu tehnikom kognitivnog restrukturiranja radilo na negativnim automatskim mislima. Kao dodatna metoda za elaboraciju traume vađenja krvi korištena je metoda EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing). Nakon 10 jednosatnih tretmana klijent se uspješno izlagao vađenju krvi bez nesvjestice te je nastavio sa studijem medicine koji je zbog te fobije bio doveden u pitanje.*

*Ključne riječi:* fobia od krvi i injekcija, kognitivno-bihevioralna terapija, EMDR

*Adresa za dopisivanje:* Mr. sc. Andreja Kostelić-Martić, mag. psych.

Trg Senjskih Uskoka 8  
10020 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: andrejakostelic@hotmail.com

### UVOD

#### *Fobije od krvi, injekcija i ozljeda*

Fobije od krvi, injekcija i ozljeda jedna su od nekoliko skupina specifičnih fobija navedenih u priručniku DSM-5 (1). Za razliku od ostalih specifičnih fobija, te fobije imaju svoju posebnost. U osoba sa specifičnim fobijama, tijekom izlaganja objektu straha (situaciji, nevremenu, životinji itd.) dolazi do aktivacije središnjeg živčanog sustava i simpatikusa kao odgovor prema načelu „napad – bijeg“. Samo u slučaju fobija od krvi, injekcija i ozljeda 80 % osoba u tretmanu (2) pokazuje inicijalnu aktivaciju simpatikusa nakon koje slijedi iznimno brza aktivacija parasimpatikusa. Smanjenje srčane frekvencije i sniženje srčanog tlaka mogu dovesti do nesvjestice. Zbog toga tretman ove vrste fobije ima određene posebnosti.

Specifične fobije mogu nastati na četiri načina. Mogu biti posljedica direktnog iskustva s opasnom situacijom, a ponekad je dovoljno i da je osoba svjedok opasnog događaja koji se dogodio nekom drugom. Mogu nastati na indirektan način zbog slušanja o tragičnim posljedicama koje je netko drugi doživio u određenoj situaciji; a u nekim se slučajevima osobi čini da je fobiju imala gotovo oduvijek i ne može se sjetiti što ju je izazvalo jer je bila jako mlada.

U tretmanu specifičnih fobija, kognitivno-bihevioralna terapija je metoda izbora (3). De Jongh i Ten Broeke (4) u svom radu o tretmanu specifičnih fobija EMDR-om navode da zajedničko korištenje te metode i kognitivno-bihevioralnog tretmana ima značajnu praktičnu vrijednost. EMDR bi mogao imati značajnu ulogu u prvom dijelu tretmana, pri

radu na elaboraciji traumatskih iskustava (sjećanja), dok su kognitivno-bihevioralne tehnike korisne u drugom dijelu tretmana, kada se klijent uči izlagati podražajima koji ga plaše i suočavati s anticipiranom anksioznošću.

Kleinknecht (5) je primijenio EMDR u tretmanu fobije od krvi i injekcija u dvadesetjednogodišnje žene. Bila su potrebna četiri tretmana kraća od jednog sata, a rezultati tretmana učinkovito su se održali i nakon dvije godine.

Cilj ovog rada je opisati EMDR metodu i kroz primjer fobičnog pacijenta prikazati uspješnu kombinaciju metode i kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu specifične fobije.

U prikazu kliničkog slučaja opisana je specifična fobia od krvi i injekcija koja je nastala kod pacijenta u njegovoj 4. godini, kada je zbog pojave astme bio kontinuirano izložen traumatskom vađenju krvi u bolnici. Pacijent se donekle suočavao s tom fobijom sve do svoje 22. godine, ali otad ga je prilikom svakog vađenja krvi ili pukog izlaganja u prostoriji gdje su druge osobe vadile krv obuzimala nesvestica, što mu je počelo ugrožavati nastavak studija medicine. Pacijent je te događaje doživljavao vrlo dramatično, pa je u okviru kognitivno-bihevioralnog tretmana uvedena i metoda EMDR.

### **EMDR (engl. *Eye Movement Desensitization Reprocessing*) – DESENZITIZACIJA I REPROCESIRANJE UZ POMOĆ POKRETA OČIJU**

Osnivačica ove metode je Amerikanka Francine Shapiro (viša istraživačica na *Mental Research Institute* u Palo Alto u Kaliforniji). Metodu je otkrila sasvim slučajno šećući parkom i razmišljajući o svojim problemima. Uočila je da je, pomislivši na problem, spontano napravila pokrete očiju lijevo-desno i da su misli nestale, a kad su se ponovo vratile, bile su drugačije, izmijenjene i emocionalno slabije. Tako je 1987. godine nastala metoda EMD, koja je s godinama dorađena te je 1990. nazvana EMDR (6).

Metoda se u početku počela koristiti u tretmanu PTSP-a u vojnika za elaboraciju njihovih traumatskih iskustava, kao i za elaboraciju traumatskih iskustava vezanih uz kriminalna djela, seksualno i obiteljsko nasilje te traume manjeg entiteta. No poslije se počela koristiti i u tretmanu raznih psihičkih poremećaja, kao što su drugi anksiozni poremećaji (npr. panični poremećaj s agorafobijom, različite fobije), somatoformni poremećaji, poremećaji ličnosti i poremećaji raspoloženja (osobito depresija), te u tretmanu aspekata vezanih za samopoštovanje.

Novijim istraživanjima korisnost metode potvrđena je u slučajevima PTSP-a i ovisnosti od alkohola (7), PTSP-a (8-10), paničnih poremećaja (11), nasilja u obitelji (12), PTSP-a u djece (13,14) i sl. EMDR se koristi za probleme iz prošlosti i sadašnjosti, ali i za željena ponašanja u budućnosti. Drugim riječima, EMDR se koristi:

1. za prošla iskustva u temelju patologije;
2. za aktualne situacije ili za okidače koji u sadašnjosti stimuliraju poremećaj (tj., za aktualne podražaje koji nastavljaju podraživati – „ometajući disfunkcionalni materijal“);
3. za modele ponašanja potrebne za adekvatne akcije u budućnosti.

EMDR omoguće brzu desenzibilizaciju traumatskih sjećanja i kognitivno restrukturiranje koje vodi značajnom smanjenju simptoma (emocionalnog stresa, ometajućih misli, anksioznosti, neželjenih prisjećanja, noćnih mora), a rezultati raznih istraživanja s vremenom su dokazali njegovu učinkovitost, pa su razna društva s vremenom počela priznavati i preporučivati njegovu primjenu.

Sekcija za kliničku psihologiju Američkog psihološkog udruženja (APA) provela je 1995. istraživanje učinkovitosti metode EMDR i drugih metoda u tretmanu PTSP-a. Rezultati koje su dobili pokazuju da je EMDR efikasnija metoda u tretmanu PTSP-a i u usporedbi s drugim metodama ima najviši stupanj učinkovitosti za tu dijagnostičku kategoriju.

Efikasnost ove metode u tretmanu PTSP-a potvrđena je i u „Preporukama za kliničku praksu“ Američkog psihijatrijskog udruženja (2004.) te Nacionalnog zdravstvenog sustava Velike Britanije (2005.). K tome, uz kognitivno bihevioralnu terapiju fokusiranu na traumu, za tretman PTSP-a od 2013. preporučuje je i Svjetska zdravstvena organizacija.

Meta-analiza 61 istraživanja (15) o učinkovitosti intervencija u oboljelih od PTSP-a koji su bili podvrgnuti farmakološkim i psihološkim terapijama (bihevioralnoj, kognitivnoj, EMDR-u, tehnikama opuštanja, hipnozi, psihanalitičkoj terapiji) pokazala je da su najbolje terapije KBT-ft (kognitivno bihevioralna terapija fokusirana na traumu) i EMDR.

Istraživanja u kojima se proučavala učinkovitost EMDR-a pokazuju da se u žrtava pojedinačnih traumi u prosjeku već nakon 3–6 seansi postiže remisija PTSP-a od 77 % do 100 %, dok je za žrtve višestrukih trauma, npr. vojnika koji se vraćaju iz rata (6), potrebno 12 seansi.

Kao što će se vidjeti u opisu neurološke osnove EMDR-a, svaki se traumatski događaj „zamrzava“ u našem mozgu zajedno s ometajućim sadržajem (slikom događaja, emocijama, senzacijama, negativnim uvjerenjem) koji izlazi putem simptoma. Do traumatskog događaja dolazi se putem tih elemenata uz pomoć bilateralne stimulacije pokretima očima, tapkanjem po dlanovima itd.

EMDR se odvija u osam faza, koje će biti detaljno opisane u okviru postupka terapije.

Danas postoje i znanstvena neurološka objašnjenja funkciranja te metode. Ona se temelji na pohrani i obradi informacija traumatskog doživljaja. Kad osoba doživi jaku psihološku traumu, čini se da dolazi do promjena u

ravnoteži u živčanom sustavu koje su možda uvjetovane promjenama na razini neurotransmitera ili na razini adrenalina itd. Zbog te promjene u ravnoteži sustav nije u stanju adekvatno funkcionirati i informacija dobivena u trenutku traumatskog događaja pohranjuje se zajedno sa slikom, zvukovima, emocijama i fizičkim senzacijama na neurološkoj razini u svom ometajućem stanju. Na taj se način izvorni materijal koji je pohranjen u svom izvornom ometajućem i ekscitatornom (uzbuđujućem) obliku nastavlja podraživati brojnim vanjskim i unutrašnjim podražajima te postaje vidljiv u raznim oblicima: noćnim morama, neželjenim prisjećanjima i ometajućim mislima, što su sve tzv. pozitivni simptomi PTSP-a (6).

Hipoteza da pokreti očiju (ili drugi podražaji) u EMDR-u izazivaju fiziološki mehanizam koji aktivira sustav obrade informacije temelji se na nekoliko mehanizama, tj. pretpostavlja se da postoji nekoliko mehanizama kojima se objašnjava aktiviranje i olakšavanje pri obradi:

1. Do aktiviranja obrade dolazi zbog dvostrukog fokusiranja pažnje pacijenta na aktualni podražaj i traumu u prošlosti (6);
2. Postoje neuralne iskre uzrokovane različitim podražajima koji se mogu asimilirati sa strujom niskog napona te na izravan način utječe na simpatički potencijal (16,17);
3. Dekondicioniranje je odgovor na relaksaciju (18).

Tijekom EMDR-a frontalni korteks ponovno zadobiva svoju ulogu u inhibiciji smanjujući hiperaktivnost amigdale i odgovarajuću hiperstimulaciju kore.

Tijekom slušanja scenarija i bilateralne stimulacije u velikoj većini frekvencijskih pojaseva aktivacija EEG-a koja je tijekom prvog tretmana EMDR-om bila prisutna u prefrontalnom limbičkom korteksu (Brodmannova područja, BA 9 i 10) tijekom posljednjeg se tretmana EMDR-om preselila na temporalne, parijetalne i okcipitalne kortikalne regije (BAS 20,21,22,37,17,18,19) s jasnom lijevo orijentiranim lateralizacijom (19).

EMDR uzima u obzir sve aspekte stresnog ili traumatskog iskustva kako kognitivne, emocionalne i neurofiziološke, tako i aspekte ponašanja. Pokreti očima (ili drugi oblici naizmjenične stimulacije lijevo/desno: naizmjenično tapšanje/lupkanje po desnoj i lijevoj ruci, zvučni signali u lijevom pa desnom uhu) zajedno sa slikom traumatskog događaja, negativnim uvjerenjima vezanim za nju, emocionalnom patnjom i fizičkim senzacijama olakšavaju obradu informacije do njezina razrješenja. U konačnom prikladnom rješenju traumatsko se iskustvo iskorištava na konstruktivan način i integrira u pozitivnu kognitivno-emocionalnu shemu te osobe.

Jednostavnije rečeno, prije EMDR-a ciljno se traumatsko sjećanje manifestira u jednoj slici, negativnim uvjerenjima, negativnim emocijama i fizičkim senzacijama u izvornom ometajućem obliku u kojoj se dogodilo.

Poslije EMDR-a sjećanja se pohranjuju s manje prijećem (ometajućem) slikom, pozitivnim uvjerenjima i adekvatnom emocionalnošću bez ometajućih fizičkih senzacija.

## PRIKAZ KLINIČKOG SLUČAJA

### *Podatci o pacijentu*

Pacijent je dvadesetdvogodišnji student druge godine medicine. Od svoje četvrte godine boluje od astme, koja se nakon vrlo akutne faze u djetinjstvu stabilizirala potkraj osnovne škole. Pacijent je imao normalan psihofizički razvoj bez traumatskih događaja. Jedini su traumatski događaji vezani uz česte hospitalizacije prigodom kojih mu je stalno vađena krv (zbog bolesti) te se nekoliko puta onesvijestio.

### *Problem*

Na drugoj godini studija medicine pacijent je u sklopu obrazovanja morao proći postupak vađenja krvi (izvaditi krv kolegama i obrnuto). Dok je bio na vježbi sa skupinom studenata, otisao je u laboratoriju u kojem su trebali vježbati vađenje krvi. Kada mu je kolega pokušao izvaditi krv, onesvijestio se. Drugi slučaj nesvjestice dogodio se nedugo nakon toga, prilikom posjeta pedijatrijskom laboratoriju, gdje su pokušali izvaditi krv maloj djevojčici koja je vrištala.

Zbog tih događaja razvio je strah od vađenja krvi (od toga da neće uspjeti dati krv, ali i od toga da neće uspjeti izvaditi krv nekom drugom) i počeo je izbjegavati sudjelovanje u obveznim vježbama u laboratoriju fakulteta. Taj strah dovodi u pitanje i nastavak studija medicine.

### *Ciljevi psihoterapijskog tretmana*

Osnovni je cilj psihoterapijskog tretmana prevladati strah od vađenja krvi i uspješno uspjeti izvaditi krv drugim osobama te se podvrgnuti vađenju vlastite krvi bez nesvjestice.

### *Procjena*

Primijenjene su ljestvice procjene: STAI (20), BDI-II (21), ASI (22) i projektivna tehnika Warteggova testa crteža (23). Rezultati pokazuju da ne postoji povišenje ni na jednoj kliničkoj ljestvici na verbalnim ljestvicama procjene, dok je na projektivnom Warteggovu testu crteža vidljiva anksioznost, demotivacija i osjećaj blokiraniosti te nedovoljno dobra racionalno emotivna integracija. Socijalni odnosi nisu bili zadovoljavajući.

### *Korištene tehnike*

U tretmanu su korištene sljedeće tehnike: EMDR, tehnika abdominalnog disanja, tehnika kontrakcije mišića, postupno izlaganje krvi i injekcijama (uživo), autogeni trening, izlaganje u uredu sa slikom vađenja krvi - sistemska desenzitizacija i kognitivno restrukturiranje.

### *Postupak (faze) kognitivno-bihevioralnog tretmana u kombinaciji s EMDR-om*

Kognitivno-bihevioralni tretman podijeljen je u nekoliko faza:

1. *Psihoedukacija o fobijama i anksioznosti.* U prvoj fazi provedena je psihoedukacija o prirodi fobija i anksioznosti te je posebno opisana posebnost fobije prema krvi i injekcijama (opisana u uvodu) te mehanizam nesvjestice prigodom izlaganja krvi ili injekcijama.
2. *Kognitivno-bihevioralne tehnike (prvi dio): tehnika abdominalnog disanja i tehnika kontrakcije mišića.* U ovoj je fazi tretmana prikazana tehnika abdominalnog disanja koju osoba može koristiti kao pomočno sredstvo smirivanja prije izlaganja situaciji vađenja krvi da bi se držala pod kontrolom hiperventilacija (što je česta pojava prilikom izlaganja), ali je istodobno pokazana i tehnika kontrakcije mišića. Naime, bitno je da u situaciju izlaganja vađenja krvi pacijent uđe dovoljno, ali ne i previše opušten da se parasimpatikus ne premi za reakciju nesvjestice, pa se stoga netom prije ulaska u sobu za vađenje krvi preporučuje kontrakcija mišića. Nekih 10 do 20 sekundi napijanju se mišići ruku, prsnog koša i nogu dok se ne osjeti toplina u licu. Onda se opuste, pričeka se 20 sekundi pa se ponovno napinju i sve to ponovi 5 puta. Napinjanje mišića ruke iz koje će se vaditi krv ne preporučuje se.
3. *Kognitivno-bihevioralne tehnike (drugi dio): postupno izlaganje krvi i injekcijama (uživo).* U ovoj je fazi prije samog izlaganja bilo potrebno napraviti hijerarhiju podražaja koji izazivaju anksioznost kako bi se izlaganje planiralo što učinkovitije.  
Hijerarhija anksioznih podražaja – situacija i razina anksioznosti. Subjektivna procjena na ljestvici od 0 (uopće ne) do 100 (maksimalna)
  - porezati se i vidjeti krv: 10 – 20
  - pogled na vrata laboratorija za vađenje krvi: 20
  - rukovanje iglom: 20
  - prazna epruveta za krv: 40
  - epruveta s krvi izložena na stalku: 50
  - prazna epruveta u pacijentovim rukama prije vađenja krvi: 60
  - ulazak u laboratorij za vađenje krvi: 70
  - traženje vene: 80
  - gledanje polaganog curenja krvi iz vene u epruvetu: 80
  - ulazak same igle u venu: 100

Uslijedilo je izlaganje uživo.

Izlaganje u živo (domaća zadaća):

- igranje iglom za vađenje krvi kod kuće dok uči (1 tjedan)
- bockanje iglom u vrhove prstiju i istiskivanje krvi (1 tjedan)
- igranje epruvetom koja je napunjena vodom i kečapom (1 tjedan)
- prolazak ispred laboratorija za vađenje krvi i pogledavanje u epruvete s krvi pored prozora
- ulazak u čekaonicu laboratorija i zadržavanje u njoj
- gledanje filma vađenja krvi kod kuće

4. *EMDR.* Usپoredo s prvom fazom izlaganja uživo na dva je traumatska događaja i na buduće ponašanje kod vađenja krvi primijenjen EMDR.

EMDR se odvija u 8 faza (6):

1. Anamneza klijenta i programiranje terapije
  - Najprije se prikupljaju informacije o klijentu, povijesti poremećaja i traumatskim iskustvima
  - Zatim se radi analiza klijentove podobnosti za EMDR i sposobnosti za upravljanje visokim stupnjem poremećaja izazvanog elaboracijom nefunkcionalne informacije
  - Na kraju se određuje *target* (ključan događaj): iz prošlosti, sadašnjosti ili budućnosti.

U opisanom kliničkom slučaju postoje 3 ključna događaja:

- traumatski događaj vađenja krvi u dobi od 4 godine
- nesvjestica u laboratoriju pred studentima
- buduće ponašanje tijekom njegova vađenja krvi.

2. Priprema

- obvezna izgradnja odnosa klijenta i terapeut-a (terapeut mora stvoriti savez s klijentom, definirati zajedničke ciljeve i dogovoriti se s njime o važnosti govorenja istine, tj. iznošenja svega što klijent uočava)
- psihoedukacija
- dozvola od strane klijenta
- tehnike relaksacije
- „Sigurno mjesto“

3. Procjena

Cilj je doći do *targeta* za elaboraciju (obradu) EMDR-om stimulirajući primarne aspekte traumatskog doživljaja koji je ostao u sjećanju. Moramo definirati *target* koji se sastoji od nekoliko elemenata.

*Target*

- slika (koja slika predstavlja najgori dio doživljaja?)
- negativno uvjerenje – negativna samoprocjena u sadašnjosti (koje se riječi vežu uz sliku i izražavaju negativno uvjerenje o sebi u ovom trenutku? Npr. „Ja sam nemoćan“, „Ja ne vrijedim“, „Nemam kontrolu“, „Ja sam loša osoba“, „Ja sam kriv“.)
- pozitivno uvjerenje (Misleći na sliku ili događaj, što bi klijent u ovom trenutku želio vjerovati o sebi? Npr. „Ja vrijedim“, „Ja sam dobra osoba“, „Ja imam kontrolu“. Misleći na sliku/događaj koliko točnim osjeća ove riječi sada: na ljestvici od 1 (potpuno netočno) do 7 (potpuno točno))
- emocije (Misleći na sliku/događaj i na riječi (negativna uvjerenja), koje emocije osjeća u ovom trenutku, ne u trenutku traumatskog događaja?)
- subjektivna procjena smetnji na ljestvici od 0 (bez smetnji) do 10 (najgore zamislive smetnje)
- mjesto fizičke senzacije (gdje osjeća smetnje u svom tijelu).

*Target* i svi elementi važni za elaboraciju u opisanom kliničkom slučaju:

*Target:* traumatski događaj vađenja krvi u djetinjstvu

- Slika: pacijent kao malo dijete sjedi u krilu medicinske sestre. Ona ga drži i još dvije joj pomažu. Urlaju da će mu, ne bude li miran, puknuti vena. On se trga i vrišti
- Negativno uvjerenje: u opasnosti sam, umrijeti će.
- Pozitivno uvjerenje: nisam u opasnosti, neću umrijeti, na sigurnom sam; vjerujem u to 2 (na ljestvici od 1 do 7).
- Emocije: strah, panika
- Subjektivne smetnje: 10 (na ljestvici od 0 do 10)
- Mjesto fizičke senzacije: grlo, prsa.
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

*Target:* traumatski događaj vađenja krvi – nesvjestica

- Slika: skupina studenata u laboratoriju, nesvjestica u trenutku kada kolega treba zabititi iglu

- Negativno uvjerenje: ja to ne mogu
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7)
- Emocije: strah, tuga
- Subjektivne smetnje: 10 (na ljestvici od 0 do 10)
- Mjesto fizičke senzacije: grlo, prsa
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

*Target:* buduće ponašanje pri vađenju krvi

- Slika: predodžba samog sebe kako odlaži u laboratorij i uspješno vadi krv bez nesvjestice
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7)
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

Slijedi preostalih pet faza u kojima se najprije obrađuje prvi ključni (traumatski) događaj, zatim drugi događaj, a potom buduće ponašanje, koje se obrađuje bez četvrte faze, tj. kreće se od pete faze.

4. Desenzibilizacija

Cilj ove faze je elaborirati (obraditi) traumatsko iskustvo tj. sve asocijativne kanale koje ono izaziva do konačnog adekvatnog razrješenja (stupanj smetnji trebao bi biti 0).

Kad se osoba koncentrira na sliku, negativno uvjerenje, emocije i fizičke senzacije, započinje se s bilateralnom stimulacijom. Bilateralna stimulacija, tj. pokreti očima koji se najčešće koriste (ili drugi oblici naizmjenične stimulacije lijevo/desno – naizmjenično tapšanje/lupkanje po desnom i lijevom dlanu, zvučni signali u lijevom pa desnom uhu) traju 24 ili više dvostrukih pokreta kod vrlo emocionalnih reakcija (jedna serija). Pogled slijedi dva prsta terapeuta podignuta prema gore s dlanom okrenutim prema klijentu na udaljenosti od lica od 30/35 cm. Terapeut pokreće dva prsta u horizontalnom smjeru najprije usporenog, a zatim sve brže do maksimalne brzine koja se podnosi bez tegoba. Prsti se mogu kretati i diagonalno, te vertikalno ili čak u obliku broja 8, ovisno o tome što najbolje odgovara klijentu, iako se preferira prvi način. Poslije svake serije bilateralne stimulacije klijent nam daje povratne informacije o promjenama i asocijacijama. Jednostavno ga pitamo čega se sjetio. Na taj se način mogu otvarati različiti asocijativni kanali.

Kad se otvorí jedan asocijativni kanal treba nastaviti s bilateralnom stimulacijom u različitim

serijama sve dok klijent ne izjavi da nema ništa novog u vezi s tom temom. Vraća se na sliku tj. na sjećanje (u kojem slika može biti promjenjena) i započinje elaborirati sljedeći kanal. Treba obraditi svaki kanal do kraja i doći do stupnja smetnji koje pacijent procjenjuje sa 0.

Elaboracija informacije može se blokirati. U tom je slučaju moguće raditi na promjeni vrste bilateralne stimulacije ili, ako se primjenjuju pokreti očiju, mijenjati smjer, dužinu serije, brzinu i visinu. Korisna može biti i koncentracija na fizičke senzacije.

Terapeut vrlo često, da bi se postiglo aktiviranje blokirane elaboracije ili u slučaju iznimno emotivne elaboracije, primjenjuje i tzv. kognitivno-integrativnu intervenciju. Orijentirana je na tri teme: odgovornost, sigurnost i izbor (kontrola) (npr. kod silovanja se klijentiku pita: „Tko je odgovoran?“, „Čija je krivnja?“, „Može li ti sada nauditi?“, „Sad sam odrasla i mogu birati s kim ću biti“)

U ostalim situacijama nije potrebna terapeutova intervencija. Točnije, preferira se smanjena aktivnost (uključenost) terapeuta, jer bi se na taj način moglo omesti prirodni proces obrade informacija.

Na sljedeću se fazu prelazi nakon elaboriranja svih kanala i smanjenja subjektivnih smetnji na 0.

##### 5. Instalacija

Cilj je ove faze povećati veze u pozitivnoj kognitivnoj mreži. Klijent se koncentrira na sliku događaja, emocije i senzacije, ali sada se oni povezuju s pozitivnim uvjerenjem.

Što bi klijent pri pomisli na sliku ili događaj u ovom trenutku želio vjerovati o sebi? Npr.: „Ja vrijedim“, „Ja sam dobra osoba“, „Ja imam kontrolu“. Koliko točnim osjeća te riječi sada na ljestvici od 1 (potpuno netočno) do 7 (potpuno točno).

U opisanom kliničkom slučaju:

- Pozitivno uvjerenje: nisam u opasnosti, neću umrijeti, na sigurnom sam; vjerujem u to 2 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* traumatski događaj vađenja krvi u djetinjstvu
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* traumatski događaj vađenja krvi – nesvjestica
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* buduće ponašanje pri vađenju krvi.

Slijedi bilateralna stimulacija.

Faza završava kad je uvjerenje u točnost pozitivnog uvjerenja maksimalno, tj. procijenjeno sa 7.

##### 6. Skeniranje tijela

Od klijenta se traži usmjeravanje (koncentracija) na sliku, pozitivno uvjerenje, mentalno ispitivanje tijela počevši od glave naniže i prepoznavanje svih zaostalih napetosti koje se manifestiraju putem raznih oblika fizičkih senzacija.

Terapeut provjerava postoji li točka u kojoj pacijent osjeća napetost, ukočenost ili čudnu senzaciju. Slijedi bilateralna stimulacija do potpunog nestanka neugodnih fizičkih senzacija.

##### 7. Zatvaranje

Klijenta je na kraju seanse (u trajanju od oko 90 minuta) potrebno dovesti u stanje emocionalne ravnoteže kako u slučaju kada je elaboracija bila kompletna, tako i u slučaju kada nije (relaksacija, sigurno mjesto). Potrebno ga je informirati o tome da se ometajuće slike, misli ili emocije mogu pojaviti između dviju seansi i da su dokaz dodatne elaboracije, pa su stoga i pozitivan znak. Klijenta valja uputiti da vodi dnevnik o mislima, situacijama, snovima i negativnim sjećanjima koja se mogu pojaviti.

##### 8. Ponovna procjena: praćenje u sljedećoj seansi

Terapeut od klijenta traži da se koncentrira na obrađeni *target*, pita ga postaje li smetnje kako bi se provjerilo jesu li se održali terapijski učinci te između ostalog analizira i dnevnik.

##### 5. Kognitivno-bihevioralne tehnike (treći dio):

- Autogeni trening (vježbanje autogenog treninga, koji je poslužio za opuštanje prilikom izlaganja)
- Izlaganje slici vađenja krvi u uredu (paralelno s izlaganjem uživo, u fazi prije gledanja snimke) – sistematska desenzitizacija
- Kognitivno restrukturiranje (kognitivno restrukturiranje iracionalnih misli o vađenju krvi i nesvjesticu). Restrukturirane su sljedeće iracionalne misli: „Prilikom vađenja krvi sigurno ću se onesvijestiti“, „Nikad neću uspjeti izvaditi krv“.
- Završno izlaganje u živo (nakon EMDR-a, sistematske desenzitizacije i kognitivnog restrukturiranja):
  - Pacijent je sjedio dva sata u laboratoriju za vađenje krvi i gledao vađenje krvi drugima (anksioznost se sa 50 spustila na 0).

- Nakon sedam dana vadio je krv u sjedećem položaju (početna je anksioznost kratko-trajno bila 70 i spustila se na 0).
- Nakon sedam dana vadio je krv drugoj osobi (početna je anksioznost bila 50 i spustila se na 0).

## EVALUACIJA TRETMANA

Na kraju primjene EMDR-a sjećanje na traumatski događaj iz djetinjstva više nije izazivalo nikakve subjektivne smetnje i fizičke senzacije i pacijent je uz njega vezao pozitivno uvjerenje: „Nisam više u opasnosti i neću umrijeti“. Drugi traumatski događaj pacijent također doživljava bez subjektivnih smetnji i fizičkih senzacija te vjeruje da može izdržati vađenje krvi. I zamišljanje postupka budućeg vađenja krvi dovelo je do stupnja uvjerenja 7 (od 7) da on to može izdržati.

Nakon primjene svih navedenih kognitivno bihevioralnih tehnika pacijent u završnom izlaganju u živo uspio se izložiti vlastitom vađenju krvi i uspio je izvaditi krv drugoj osobi bez rušenja u nesvijest.

## PRAĆENJE (FOLLOW UP)

Nakon 3 mjeseca psihoterapije pacijent se uspješno suočavao sa situacijom vađenja krvi, kako u situaciji kada je pacijent, tako i u situaciji kada on mora vaditi krv kolegama za vježbu. Uspješno slijedi program studija medicine.

SMS komunikacija nakon 4 godine potvrđuje učinkovitost trajanja rezultata tretmana: „Pozdrav, uspješno sam na 6. godini. Izlaganje ima svojih dobrih i loših strana. Primjetio sam da u situacijama kada ima puno ljudi oko mene ili kada se probudim s manje samopouzdanja teže toleriram, pa sam par puta morao odvratiti pogled ili sjesti sa strane, ali nisam se onesvijestio. No, s druge strane, u nekoliko sam navrata i spašavao druge kolege koji su padali po kirurškim dvoranama. Rekao bih da je stanje zadovoljavajuće, ali praksom moram steći više samopouzdanja, što mi je i nekakav plan za ovu godinu. Pozdrav.“

## ZAKLJUČAK

Nakon 10 jednosatnih susreta pacijent se uspješno, bez nesvjestice izlagao vađenju krvi (i situacijama u kojima se krv vadi njemu i situacijama u kojima on vadi krv drugima). Rezultati tretmana učinkovito su se održali i nakon 4 godine. Andrews, Creamer, Crini i sur. (3) navode da kognitivno bihevioralni tretman sa specifičnim fobijama traje otprilike od 6 do 8 susreta. U ovom je slučaju trajao nešto dulje, jer je kombiniran s EMDR-om. EMDR se primjenjivao radi elaboracije traumatskih iskustava s nesvjesticom prilikom vađenja krvi. Njegovu korist u elab-

oraciji traumatskih iskustava u kombinaciji s kognitivno-bihevioralnim tretmanom ističu De Jongh i Ten Broeke (4). Naglašava se njegova korist u smanjenju početne anticipirane anksioznosti u prvom dijelu tretmana, čime se zatim olakšava izlaganje zastrašujućim podražajima u drugom dijelu tretmana, u kojem su primijenjene i ostale navedene kognitivno-bihevioralne metode.

## LITERATURA

1. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
2. Thyer B, Himle J, Curtis G. Blood injury – illness phobia: a review. J Clin Psychol 1985; 41: 451-9.
3. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and patient Manuals. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
4. De Jongh A, Ten Broeke E. Treatment of Specific Phobias with EMDR. Conceptualization and Strategies for the Selection of Appropriate Memories. J EMDR Practice Res 2007; 1: 46-56.
5. Kleinknecht RA. Rapid treatment of blood and injection phobias with EYE Movement Desensitization and Reprocessing. J Behav Ther Exp Psychiatry 1993; 24: 211-17.
6. Shapiro F. EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. Milano: McGraw-Hill Libri Italia srl, 2000.
7. Abel NJ, O'Brien JM. EMDR treatment of comorbid PTSD and Alcohol dependence: A case example. J EMDR Practice Res 2010; 4: 50-9.
8. Arnone R, Orrico A, D'Aquino G i sur. EMDR and psychopharmacological therapy in the treatment of the post-traumatic stress disorder. Riv Psichiatria 2012; 47: 8-11.
9. Bossini L, Casolaro I, Santarneccchi E i sur. Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder. Riv Psichiatria 2012; 47: 12-15.
10. Shapiro F. EMDR and early psychological intervention following trauma. Revue Européenne de Psychologie Appliquée 2012; 62: 241-51.
11. Faretta E. EMDR and cognitive – behavioural therapy in the treatment of panic disorder: a comparison. J EMDR Practice Res 2013; 7: 121-33.
12. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Rydbera JA i sur. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: a pilot study. Revue Européenne de Psychologie Appliquée 2012; 62: 205-12.
13. Adler Tapia R., Settle C. Specialty topics on using EMDR with children. J EMDR Practice Res 2012; 6: 145-53.
14. Ribchester T, Yule W, Duncan A. EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: attentional, memory and attributional processes. J EMDR Practice Res 2010; 4: 138-47.
15. Van Etten M., Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: A meta analysis. Clin Psychol Psychother 1998; 5: 126-44.

16. Barrionuevo G, Schottler F, Lynch G. The effect of repetitive low-frequency stimulation on controll and potentiated synaptic responses in the hippocampus. Life Sci 1980; 27: 2385-91.
17. Larson J, Lynch G. Theta pattern stimulation and the induction of LTP: The sequence in which synapses are stimulated determines the degree to which they potentiate. Brain Res 1989; 489: 49-58.
18. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. J Clin Psychol 1995; 63: 928-37.
19. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR i sur. Pre-intra and post-treatment EEG imaging of EMDR- neurobiological bases of treatment efficacy. Eur Psychiatry 2012; 27: 1.
20. Spielberger CD, Gorsuch L, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
21. Beck AT, Steer AS, Brown KB. Priručnik za BDI - II. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009.
22. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. New Jersey: Erlbaum, 1999.
23. Kostelić-Martić A, Jokić-Begić N. Priručnik: Wartegg test crteža. Zagreb: Centar za kognitivno-bihevioralnu terapiju, 2003.

## SUMMARY

### THE EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) METHOD AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PHOBIAS OF BLOOD AND INJECTIONS

A. KOSTELIĆ-MARTIĆ

*Center for Cognitive-Behavioral Therapy, Zagreb, Croatia*

*This case concerns the specific phobia of blood and injections in a 20-year-old patient who was, during the second year of medical studies, required to practice drawing blood and have blood drawn. After fainting two times in a row in the laboratory, he sought help. The goal of the treatment was exposure to the drawing of blood (self and others) without passing out. Treatment consisted of several parts. The first was related to psycho-education about the nature of anxiety and specific phobias. Other techniques included abdominal breathing and autogenic training. The third part consisted of gradual exposure to blood and injections, and in the fourth we worked on negative automatic thoughts and cognitive restructuring techniques. The EMDR method (Eye Movement Desensitization Reprocessing) was used as an additional method for the elaboration of trauma of blood tests. After 10 treatments (of 1 hour), the client had been successfully exposed to drawing blood without fainting and continued medical studies, which had initially been jeopardized.*

**Key words:** phobia of blood and injections, cognitive-behavioral therapy, EMDR

## KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN ZDRAVSTVENE ANKSIOZNOSTI

TATJANA PRVULOVIĆ MIRKOVIĆ i DRAGANA MARKANOVIĆ<sup>1</sup>

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod i

<sup>1</sup>Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, Zagreb, Hrvatska

*Somatiformni simptomi, somatizacije i tjelesni simptomi anksioznosti uobičajeni su okidači za razvoj zdravstvene anksioznosti i hipohondrijskih strahova. Pacijenti su često preokupirani somatskim smetnjama te su skloni i normalne tjelesne senzacije interpretirati kao patološke, što rezultira porastom anksioznosti i uz nju vezanih simptoma tjelesne pobuđenosti. Percipirajući ih opasnima, pacijenti doživljavaju daljnji porast anksioznosti i počinju se ponašati na izbjegavajuće načine, što dovodi do pogoršanja sveukupnog stanja.*

*U ovom prikazu slučaja opisana je 45-godišnja žena koja je imala višegodišnje povremene anksiozne i somatoformne simptome te joj je dijagnosticiran niz somatskih poremećaja. Nakon operacije cerebralne aneurizme razvila je jake hipohondrijske strahove i disfunkcionalnost u svim poljima, koji su perzistirali unatoč farmakološkom i suportivnom psihijatrijskom liječenju. Uključena je u 11 seansi kognitivno-bihevioralnog tretmana. Uz niz bihevioralnih tehnika, središnju ulogu u terapiji imala je kognitivna restrukturacija namijenjena prepoznavanju i mijenjanju disfunkcionalnih kognicija. Evaluacija tretmana učinjena je neposredno nakon i 3,5 godine nakon njegovog završetka. Pacijentica je izvjestila o značajnom poboljšanju stanja, što je u skladu sa znanstvenim istraživanjima koja potvrđuju da je kognitivno-bihevioralna terapija najučinkovitija terapija za liječenje zdravstvene anksioznosti i somatoformnih poremećaja.*

**Ključne riječi:** zdravstvena anksioznost, somatoformni poremećaj, kognitivno-bihevioralna psihoterapija

**Adresa za dopisivanje:** Tatjana Prvulović Mirković, dr. med.

Odjel za duševne bolesti

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“

Andrije Štampara 42

35 000 Slavonski Brod, Hrvatska

Tel: 035 201 834; Gsm: 091 333 9955

E-pošta: prvulovic.mirkovic@gmail.com

### UVOD

Zdravstvena anksioznost je pretjerana zabrinutost za zdravlje koja izaziva značajnu emocionalnu uznenirenost i utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe. Javlja se na kontinuumu i cijelim spektrom psihijatrijskih poremećaja, kao što su somatoformni poremećaji, anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja i psihotični poremećaji (1).

Česti okidači straha i brige za zdravlje su tjelesni simptomi. Ponekad su ti simptomi uvjetovani dijagnosticiranom tjelesnom bolešću, ponekad je riječ o somatskim smetnjama bez jasne organske etiologije, a zabrinutost nerijetko izazivaju i tjelesne senzacije koje su po svojoj prirodi posve normalne (2).

Većina pacijenata preokupiranih brigama o zdravlju ima brojne anksiozne i/ili somatoformne te depresivne simptome obično zadovoljavajući dijagnostičke kriterije za više poremećaja iz tog spektra. Prema klasifikacijama MKB-10 (3) i DSM-IV (4) to su uglavnom dijagnoze iz kruga somatoformnih i anksioznih poremećaja, među kojima zbog preklapanja kriterija i smjernica često postoji visok komorbiditet. Za razliku od tih klasifikacija, u kojima su osnovni uvjet za postavljanje dijagnoze somatoformnih poremećaja i hipohondriaze medicinski neobjašnjeni tjelesni simptomi, u klasifikaciji DSM-5 (5) prekida se s potenciranjem dihotomije psihogeno-organsko, ukidaju se pojmovi somatoforman i hipohondrijaza te se uvode nove dijagnostičke kategorije (Poremećaj sa somatskim simptomima i Anksiozni poremećaj zbog bolesti). Kao ključno obilježje sada se ističe postojanje jednog ili više somatskih simptoma koji kod pacijenta izazivaju patnju i ili disfunkcionalnost i zbog kojih se počinje ponašati, osjećati i razmišljati drugačije nego ranije. U većini slučajeva brige o zdravlju započinju u ranoj odrasloj dobi i kroničnog su tijeka, sa simptomima koji često variraju u obliku i intenzitetu i koji se izmjenjuju s razdobljima bez tjelesnih simptoma (5).

Poremećaji iz somatoformnog spektra desetljećima su smatrani otpornima na liječenje (6). Međutim, niz znanstvenih istraživanja pokazuje da različiti oblici psihoterapije mogu dovesti do značajnog poboljšanja simptoma (7), a kao osobito učinkovit pristup ističe se kognitivno-bihevioralna terapija (8-11). Posljednjih godina sve je više dokaza da podjednako dobre učinke kao tradicionalna kognitivno-bihevioralna terapija imaju i programi koji se provode putem interneta (12,13), a obećavajućom se čini i kognitivna terapija utemeljena na usredotočenoj svjesnosti (14-16).

Kognitivno-bihevioralni modeli zdravstvene anksioznosti naglašavaju da su strahovi vezani uz zdravlje i s njima povezana problematična ponašanja posljedica tumačenja tjelesnih simptoma na prijeteći način (2,17,18). Sklonost takvom načinu razmišljanja obično se razvija interakcijom biološke ranjivosti osobe i njezinih ranih učenja, odnosno relevantnih iskustava kao što su iskustva bolesti i smrti ili stresni životni događaji. Na temelju njih osoba razvija opća vjerovanja o sebi, drugima, svijetu i budućnosti (npr. „*Slab sam*“, „*Ne mogu se nositi s neugodom*“, „*Svijet je prepun opasnosti*“), kao i niz s njima povezanih stavova, pravila i prepostavki (npr. „*Promjene u tijelu siguran su znak bolesti*“, „*Moram sve imati pod kontrolom*“, „*Ako se opustim, dogodit će se nešto loše*“). Pri susretu s različitim unutarnjim (tjelesni simptomi i senzacije) i vanjskim okidačima (slušanje ili čitanje o bolestima, dijagnoza tjelesne bolesti, obolijevanje bliske osobe) osoba s takvim vjerovanjima bit će ih sklona interpretirati na katastrofičan način. Strahujući da bi ti simptomi mogli biti opasni, počinje pretjerano usmjeravati pažnju na tijelo, nerijetko tumačeći čak i normalne tjelesne senzacije kao patološke. Istraživanja pokazuju da te osobe često pate i od perceptivnih pristranosti pa tako, primjerice, normalne tjelesne senzacije doživljavaju averzivnijima i intenzivnijima nego zdrave osobe (2). Ko-

gnitivno-bihevioralni modeli nadalje ističu da percepcija prijetnje dovodi do intenziviranja anksioznosti i tjelesne požudenosti, što pak dovodi do pogoršanja sveukupnog stanja. Kako bi ublažila anksioznost, osoba počinje primjenjivati niz sigurnosnih ponašanja kao što su provjeravanje simptoma i tijela, pretraživanje interneta, traženje razuvjeravanja od bliskih osoba ili medicinskog osoblja, zahtijevanje medicinskih pretraga, ostajanje blizu bolnice itd., a česta su i izbjegavanja različitih situacija vezanih uz bolest ili smrt.

Zbog snažne povezanosti emocionalne, tjelesne, kognitivne i bihevioralne komponente poremećaja, djelovanjem na bilo koju od njih moguće je prekinuti njegov začaranji krug (19). Na početku kognitivno-bihevioralnog tretmana s pacijentom je važno ustaviti odnos povjerenja i razumijevanja, detaljno analizirati njegovo zdravstveno stanje te identificirati predisponirajuće, precipitirajuće i posebice održavajuće faktore (17). Uz podučavanje relaksacijskim tehnikama i tehnikama ovladavanja stresom, kao korisne bihevioralne tehnike osobito se ističu postupno izlaganje situacijama povezanimi s bolešću te sprječavanje provjeravanja i razuvjeravanja, kao i rad na bihevioralnoj aktivaciji i poticanju zdravog ponašanja (2,19). Budući da disfunkcionalne kognicije imaju središnju ulogu u razvoju i održavanju poremećaja, pacijenta je tijekom terapije nužno podučiti tehnikama za prepoznavanje uznenirajućih misli o bolesti i evaluaciju njihove realističnosti, pomoći mu da razvije alternativna tumačenja, poveća toleranciju neizvjesnosti te prihvati tjelesne simptome, kao i realitet bolesti i smrti (2,19). Osim toga, više istraživanja pokazuje da osobe sa zdravstvenom anksioznosću imaju teškoće s prepoznavanjem i izražavanjem emocija, njihovim razlikovanjem od tjelesnih senzacija i toleriranjem neugode, zbog čega se osobito važnim elementom terapije čini i rad na otkrivanju, razlikovanju, izražavanju i prihvaćanju emocija (20, 21).

Cilj ovoga rada je prikazati kognitivno-bihevioralni tretman pacijentice koja je imala višegodišnje polimorfne somatske simptome, koji su izazivali različit stupanj anksioznosti ovisno o značenju koje im je pridavala. Postavljen joj je i niz organskih dijagnoza. Nakon operacije cerebralne aneurizme razvila je jake hipohondrijske strahove, visoku opću anksioznost i disfunkcionalnost koji nisu prevladani unatoč farmakoterapijskom i suportivnom psihijatrijskom liječenju.

## PRIKAZ SLUČAJA

### I. POVIJEST SLUČAJA

*Opće informacije.* Jana je 45-godišnja žena, udana i majka dvoje maloljetne djece. Živi sa suprugom i djecom u podstanarskom stanu. Po zanimanju je frizerka i dugotrajno je nezaposlena.

*Glavna pritužba.* Žali se na „neprestane zastrašujuće misli“ o različitim bolestima od kojih bi se mogla razbolijeti i umrijeti, kao i na niz somatskih smetnji i otežano svakodnevno funkcioniranje.

*Razvoj trenutnog problema.* Prve smetnje Jana je imala u poslijeporođajnom razdoblju, kada je imala 32 godine. Nakon rođenja prvog djeteta počela je doživljavati slabost, nesvjesticu, drhtavicu i znojenje te je kao reakciju na te simptome razvila anksiozne i agorafobične smetnje (somatske smetnje moguće su biti uzrokovane anemijom i iscrpljeniču, ali nije isključena ni psihogena etiologija). Četiri godine kasnije, zbog teške bolesti oca, ponovno osjeća znojenje, lapanje srca, trnce, bol u želucu, slabost i sl., ali ih shvaća kao posljedicu stresa te ne brine o njima u značajnijoj mjeri. Nakon očeve smrti i tijekom druge trudnoće smetnje se pogoršavaju te su sljedećih šest godina oscilirajućeg tijeka. U dobi od 43 godine ponovno se intenziviraju. Jana je tada podvrgnuta nizu pretraga koje su rezultirale postavljanjem više dijagnoza. Iduće godine započinje razdoblje izraženijih smetnji i hipohondrijaze koje Jana povezuje sa strahom doživljenim tijekom ultrazvučnog pregleda kod kardiologa, a zatim i s dijagnosticiranjem cerebralne aneurizme. Nakon embolizacije aneurizme rečeno joj je da je aneurizma bila nuznalaz i da nije uzrokovala njezine tegobe. Također joj je pojašnjeno da nema nikakve opasnosti od pucanja zaostale aneurizme od 2x3 mm, niti ikakvih ograničenja u ponašanju. Unatoč urednim nalazima i razuvjerenju od strane liječnika Janini strahovi se pojačavaju, postaje usredotočena na osluškivanje svojih tjelesnih senzacija i sve se više pasivizira.

*Medicinska povijest.* U dobi od 43 godine pacijentici su postavljene sljedeće dijagnoze: cervikalni sindrom, lumbosakralni sindrom, sindrom iritabilnog crijeva, vertiginozni sindrom, kronični gastritis, arterijska hipertenzija, atipične stenokardije. Sljedeće godine uspješno je operirala cerebralnu aneurizmu.

*Psihijatrijska povijest.* Od prve pojave smetnji Jana je u nekoliko navrata zatražila pomoć psihijatra te je povremeno uzimala anksiolitike i antidepresive. Unatrag 14 mjeseci (nakon operacije) nalazi se u redovnom ambulantnom farmakološkom (escitalopram+alprazolam) i suportivnom psihijatrijskom tretmanu pod dijagnozom anksiozno-depresivnog poremećaja. Budući da na tretman ne odgovara, psihijatrica ju šalje na kognitivno-bihevioralnu terapiju.

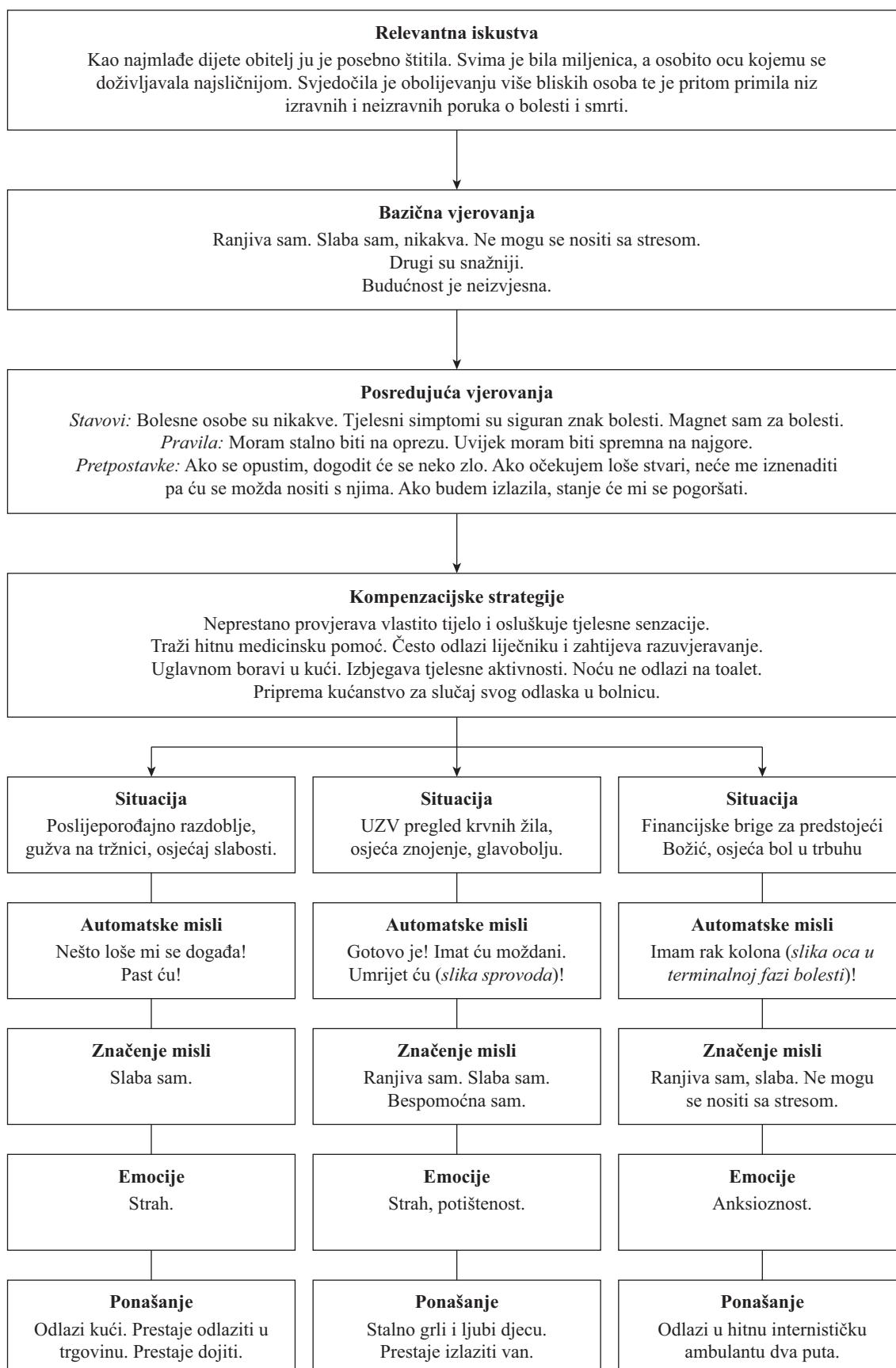
*Osobna i socijalna povijest.* Pacijentica je odrasla u brojnoj i blisko povezanoj obitelji kao najmlađa od sedmoro djece. Opisuje se kao vedra i društvena osoba. Uvijek je bila aktivna i bavila se sportom. U obitelji nije bilo psihičkih bolesti, ali više članova je boollovalo od niza tjelesnih bolesti (majka boluje od karcinoma želuca, sestra je imala limfom, brat je prebolio srčani udar, nekoliko bliskih osoba je imalo probleme s kralježnicom). Najteže ju je pogodila bolest i smrt oca s kojim je bila vrlo bliska, a koji je umro od karcinoma kolona. U svojoj sekundarnoj obitelji osjeća nezadovoljstvo i visoku razinu stresa. Suprug je nakon teškog ranjavanja u ratu ostao invalid. Unatoč izraženim simptomima iz kruga PTSP-a i depresije odbija psihijatrijsku pomoć pa Jana godinama nosi teret većine obiteljskih obveza. Suprugova mirovina jedini im je stalni izvor prihoda, a zbog nepovoljnih ekonomskih transakcija izgubili su stan. Izvještava i o problemima s trinaestogodišnjim sinom koji je teško prilagodljiv i postiže loš školski uspjeh.

## II. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA FORMULACIJA SLUČAJA

*Precipitanti i okidači pogoršanja.* Prvoj pojavi Janinih strahova od tjelesnih simptoma prethodilo je rođenje prvog djeteta. Tijekom idućih 12 godina pogoršanja je doživljavana u razdobljima većih životnih stresova kao što su bolest i smrt oca te trudnoća. Stanje joj se značajnije pogoršava nakon dijagnoze niza tjelesnih bolesti i ultrazvučnog pregleda krvnih žila vrata prilikom kojega joj je medicinski tehničar rekao da su joj žile začepljene i da mora početi voditi računa o sebi želi li živjeti. Posljednjih godinu dana, nakon operacije aneurizme, okidači anksioznosti su svakodnevne situacije u kojima primjećuje različite tjelesne simptome, razgovori o bolesti i smrti i sl.

*Presjek tipičnih trenutnih kognicija i ponašanja.* Nakon pojave okidača Jana postaje preokupirana mislima o bolesti i smrti. Najčešće automatske misli koje joj prolaze kroz glavu su: „*Imam vrtoglavicu. Puknut će mi aneurizma!*“, „*Imam aneurizmu. Možda imam još nešto...*“, „*Boli me u trbuhu. Sigurno imam rak kao i tata!*“, „*Lupa mi srce! Gotovo je! Imat ću srčani!*“ itd. Katastrofične kognicije obično su popraćene emocijama straha i anksioznosti, a na tjelesnom planu mišićnom napetošću, nemogućnošću opuštanja, znojenjem, trncima, vrtoglavicom, smetnjama ravnoteže, glavoboljom, bolovima u kralježnici, nadutošću, gastričnom neugodom i bolovima. Na ponašajnom planu je na stalnom oprezu pa tako neprestano provjerava svoje tijelo, promatra ga, osluškuje tjelesne senzacije. Stalno čisti i posprema kuću te pere i glaća odjeću, kako bi obitelj bila zbrinuta u slučaju njezinog odlaska u bolnicu. Zbog straha da će pasti ima i niz izbjegavanja pa tako noću triput potrebu za mokrenjem, rijetko izlazi iz kuće i ne bavi se nikakvim tjelesnim aktivnostima. Primjeri Janinih tipičnih automatskih misli, emocija, tjelesnih reakcija i ponašanja u različitim aktivirajućim situacijama prikazani su u donjem dijelu sl. 1.

*Longitudinalni pogled na kognicije i ponašanja.* Svjedočeći obolijevanju njoj bliskih osoba, opažajući načine na koje su se nosile s bolestima i primajući tijekom interakcija s njima različite izravne i neizravne poruke o bolestima i smrti, Jana je tijekom mladosti razvila disfunkcionalna bazična vjerovanja o sebi i drugima. Sebe je percipirala kao ranjivu, slabu i nesposobnu za nošenje sa stresom, a druge ljude kao snažnije i moćnije. Kako bi se nosila s idejama o vlastitoj bespomoćnosti, razvila je niz pravila (npr. „*Moram stalno biti na oprezu*“, „*Uvijek moram biti spremna na najgore*“), stavova (npr. „*Tjelesni simptomi su siguran znak bolesti*“, „*Bolesne osobe su nikakve*“) i prepostavki („*Ako se opustim, dogodit će se neko zlo*“, „*Ako očekujem loše stvari, neće me iznenaditi pa ću se možda uspjeti nositi s njima*“). Stoga je kao ključne strategije samozaštite počela koristiti provjeravanje vlastitoga tijela, razuvjerenje od strane drugih osoba i izbjegavanje različitih situacija za koje je vjerovala da bi mogle dovesti do pojave ili pogoršanja tjelesnih simptoma. Njezina ključna vjerovanja i glavne strategije suočavanja prikazane su na sl. 1.



Sl. 1. Dijagram kognitivne konceptualizacije smetnji pacijentice Jane

*Prednosti i jake strane.* Pri rješavanju različitih životnih problema Jana su pomagale vrlo dobre intelektualne sposobnosti, a njezino napredovanje u terapiji mogle su potpomoći i izražene osobine savjesnosti, marljivosti, iskrenosti i spontanosti, kao i otvorenost za nova iskustva.

### III. TIJEK TRETMANA

*Popis problema.* Kao svoje najznačajnije probleme Jana je izdvojila: (a) strah od bolesti i smrti, (b) učestale somatske simptome (bolovi u trbuhi, glavobolja, vrtoglavica), (c) visoku opću anksioznost, te (d) probleme u bračnom i obiteljskom funkcioniranju.

*Ciljevi tretmana.* S pacijenticom je dogovoren rad na sljedećim terapijskim ciljevima: (a) smanjiti opću anksioznost [na subjektivnoj ljestvici od 0 (bez anksioznosti) do 10 (najveća moguća anksioznost) pacijentica je očekivala pad sa 10 na 3], (b) poboljšati opće raspoloženje (na subjektivnoj ljestvici sa 1 na 6), (c) ukloniti provjeravanja, razuvjeravanja i izbjegavajuća ponašanja, te (d) smanjiti uvjerenje da su tjelesni simptomi siguran znak bolesti [na subjektivnoj ljestvici od 0 % (uopće ne vjerujem) do 100% (u potpunosti vjerujem) Jana ga je željela reducirati sa 100 % na 10 %].

*Terapijski odnos.* Terapiju je vodila prva autorica rada koja je doktorica medicine, specijalistica psihijatrije i supervizantica iz kognitivno-bihevioralnih terapija. Terapeutkinja i pacijentica uspostavile su topao i suradnički odnos, a zajedničko definiranje problema i traženje rješenja odvijali su se u ozračju empatije, poštovanja i bezuvjetnog prihvaćanja. Terapeutkinja je pacijenticu ohrabrilala na promjenu pružajući joj pritom vodstvo, podršku i afirmaciju.

*Primjenjene tehnike.* S ciljem uspostave povjerenja i suradnje, na početku kognitivno-bihevioralne terapije obvezno se provodi *upoznavanje pacijenta s tretmanom*. Nakon ispitivanja očekivanja, postavljanja terapijskih ciljeva i normalizacije problema Jana je stoga educirana o kognitivno-bihevioralnom modelu i nužnosti aktivnog sudjelovanja u terapijskom procesu.

S ciljem usvajanja vjerovanja da tjelesni simptomi nisu nužno znak bolesti te uklanjanja anksioznosti kao reakcije na zamijećene tjelesne senzacije provedena je pažljiva *psihoedukacija* o anksioznosti općenito, kao i o zdravstvenoj anksioznosti.

Tijekom tretmana korišten je niz bihevioralnih intervencija. Kako bi naučila kontrolirati tjelesne simptome anksioznosti, pacijentica je podučena *tehnikama relaksacije* usmjerenima na disanje (provodila je abdominalno disanje) te tehnikama *preusmjeravanja pažnje* (preferirala je usmjeravanje na molitvu). S ciljem angažiranja u aktivnostima koje je izbjegavala, poput izlaska iz kuće i fizičke aktivnosti, provedeno je postupno *izlaganje*. Osim izbjegavanjem, Janin problem se održavao i zbog stalnog obraćanja pozornosti na tjelesne senzacije i traženje razuvjeravanja pa je u svrhu njihovog ukidanja korištena teh-

nika *prevencije reakcije* (u početku djelomičnim, a kasnije i potpunim sprječavanjem tih kompenzatornih ponašanja). Uvedena je i *bihevioralna aktivacija* u okviru koje je Jana u svoj dnevni raspored uključivala različite ugodne aktivnosti, koje su trebale rezultirati poboljšanjem općeg raspoloženja.

Ključne tehnike za usvajanje adaptivnijih vjerovanja o tjelesnim simptomima, a time i za ublažavanje straha od bolesti i smrti, bile su različite tehnike *kognitivne restrukturacije*. Pacijentica je podučena identifikaciji negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih vjerovanja, kao i prepoznavanju uz njih vezanih emocija i ponašanja. Posebna je pozornost obraćena osvještavanju povezanosti između neugodnih emocija i mnoštva tjelesnih reakcija. Koristeći niz pacijentičinih recentnih iskustava, kao i primjera iz ranijih životnih razdoblja, na terapijskim seansama neprestano se jačao kognitivno-bihevioralni model, a disfunkcionalne misli i vjerovanja su tehnikom Sokratovskog propitivanja zamjenjivana realističnjima.

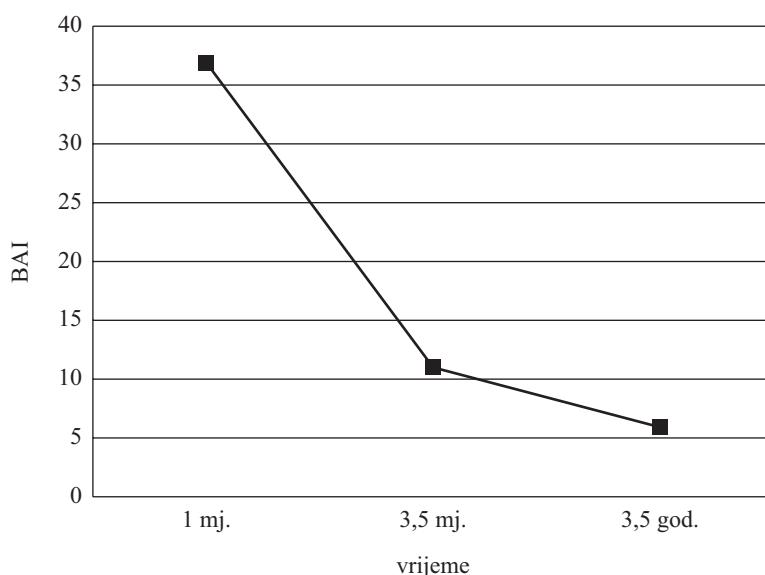
Tijekom trajanja tretmana, a posebice pri njegovom završetku, pregledom naučenoga, identifikacijom mogućih budućih problema i predviđanjem načina na koje bi se mogli riješiti radilo se i na *sprječavanju povrata simptoma*.

*Problemi i zapreke.* U terapiji se nisu pojavile značajnije prepreke. Kao jedina poteškoća koja je identificirana već u prvoj fazi rada može se izdvojiti pacijentičino neizvršavanje pisanih domaćih zadataća. Iako je razumjela na koje načine zapisivanje pomaže u terapiji (npr. pri prepoznavanju, evaluiranju i odgovaranju na negativne automatske misli), na seanse bi dolazila bez bilježaka. Nakon razgovora o uočenom problemu zaključeno je da Jana ne preferira pisani način izražavanja. Kao alternativa dogovoren je izvođenje zadanih tehnika u mislima, što je pacijentica počela redovito i rado obavljati.

*Rezultati tretmana.* Tretman je proveden tijekom 11 seansi 14 tjedana (od studenog 2011. do veljače 2012. godine), s jednom seansom praćenja 3,5 godine nakon završetka tretmana (u kolovozu 2015. godine). Prema pacijentičinim subjektivnim procjenama, rezultatima mjerenja, kliničkom dojmu i zapažanju bliskih osoba iz okoline, do posljednje seanse ostvareni su svi terapijski ciljevi, a postignute kognitivne i bihevioralne promjene održale su se i 3,5 godine od prekida farmakoterapije i psihoterapije.

Nakon 11 seansi kognitivno-bihevioralne terapije Jana izvještava o značajnom subjektivnom poboljšanju i navodi da je iznimno zadovoljna. Na subjektivnim procjenskim ljestvicama izvještava o padu opće anksioznosti sa 10 na 1 te poboljšanju općeg raspoloženja s 1 na 9. Jednake procjene daje i nakon 3,5-godišnjeg praćenja, navodeći da se osjeća odlično i da nema nikakvih posebnih smetnji.

O klinički značajnom smanjenju anksioznosti pokazuju i rezultati koje je Jana postigla na Beckovom upitniku anksioznosti (BAI; 22). Upitnik je prvi put primijenjen tek na četvrtoj seansi (mjeseč dana nakon prvog susreta),



Sl. 2. Pacijentičini rezultati na Beckovom upitniku anksioznosti 1 mjesec i 3,5 mjeseca nakon uključivanja u kognitivno-bihevioralnu terapiju, te 3,5 godine nakon završetka terapije

kada je pacijentica svoje opće stanje već opisivala mnogo boljim nego prije početka tretmana. Međutim, na sl. 2 je uočljivo da je i tada imala značajno izražene simptome anksioznosti (ukupni rezultat od 37 bodova ukazuje na visoku ili težu anksioznost), koja se postupno smanjivala. Na kraju terapije pacijentica je postigla ukupni rezultat od 11 bodova koji bi odgovarao blagoj anksioznosti, pri čemu je istaknula da se unutar njega 3 boda mogu pripisati trncima zbog bolesti kralježnice, a nipošto zabrinutosti. Na kraju razdoblja praćenja ostvareni rezultat je ukazivao na normalnu, nepatološku razinu anksioznosti (ukupni rezultat od 6 bodova).

Do završetka tretmana više nije pretjerano obraćala pažnju na tjelesne senzacije te je u potpunosti prekinula s provjeravanjima, razuvjeravanjima i izbjegavajućim ponašanjima. Postignute promjene zadržale su se i nakon okončanja terapije, kada navodi da uredno funkcionira. Zaposlila se, fizički je aktivna, ide na plivanje, vozi bicikl i redovno ide u crkvu.

Konačno, Janin stupanj uvjerenja u pretpostavku da su tjelesni simptomi siguran znak ozbiljne bolesti se s početnih 100 % do kraja tretmana smanjio na gotovo 0 % te je ostao takav i u razdoblju nakon prekida psihoterapije i farmakoterapije. Tri i pol godine nakon terapije Jana još uvijek ima poteškoće s kralježnicom i sklonost probavnim smetnjama, ali se osjeća zdravom. Postojeće tjelesne simptome mirno prihvata i umjesto ranijih katastrofičnih interpretacija sada ih doživljava kao znakove stresa. Pacijentice izjave najbolje odražavaju postignute kognitivne i bihevioralne promjene: „Uopće se ne brinem. Ne razmišjam o bolestima. Sve je u redu.“, „Ja sam normalna osoba. Zdrava sam, osim što imam bolest kralježnice. Ne

osjećam se bolesnom niti se bojim bolesti.“, „Na pretrage idem jer moram... Pa prije 2 mjeseca sam bila na pretraga u Zagrebu i još uopće nisam otišla neurologu pokazati nalaze, a ranije bih trčala.“, „Prije ni do mame nisam smjela otici, a sada sam išla raditi u Njemačku.“, „Idem na plivanje, vozim bicikl.“, „Bol u želucu mi pokazuje da sam se previše nasekrala.“, „Emotivno sam očvrsnula i ojačala. Bolje se brinem za sebe.“

Promjene je nakon tretmana zapazila i pacijentčina bliža okolina. Njezin je suprug potvrđio da primjećuje niz pozitivnih promjena u njezinom ponašanju. Bliska prijateljica i susjeda navela je da joj tijekom cijelog razdoblja praćenja Jana djeluje odlično, kao i da znanja stečena na terapiji prenosi na prijatelje koji se pate sa sličnim problemima.

## RASPRAVA

Prikazana pacijentica je imala kompleksnu kliničku sliku s nizom smetnji i problema, a adekvatna procjena učinjena je tek po uključivanju u kognitivno-bihevioralni tretman, kada se otkriva potpuna slika i dugi vremenski tijek poremećaja. Njezine teškoće u skladu su s podacima iz literature koji govore da se somatizacijski sindromi često nalaze u komorbiditetu s anksioznim i depresivnim poremećajima, a nerijetko i s organskim poremećajima (20). Iako je prve somatske smetnje moguće psihogene prirode imala još u prvom poslijeporodnjem razdoblju, 12 godina prije tretmana, a neupitno nakon očeve smrti i tijekom druge trudnoće, kao početak tegoba navodi tek razdoblje oko 14 mjeseci prije početka tretmana. Polimorfne somatske smetnje koje je imala godinama smatrala je uzrokovanim isključivo tjelesnim poremećajima i bolestima. Psihičke

poteškoće smatrane su reaktivnima i sekundarnima, a sporedično je psihijatrijski liječena zbog anksiozno-depresivnih smetnji i poremećaja prilagodbe. Unatoč tome što joj je postavljeno više psihosomatskih dijagnoza i što je imala brojne nespecifične i medicinski nedovoljno objašnjene simptome (uz druge popratne pokazatelje poremećaja kao što je opsežno korištenje zdravstvene skrbi te predisponirajuće faktore kao što su spol, dob i teške bolesti u obitelji), nikada se nije posumnjalo na somatoformnu narav smetnji. Cerebralna aneurizma je bila slučajni i asimptomatski način tijekom opsežne i invazivne medicinske dijagnostike, te okidač razvoja intenzivnih hipohondrijskih strahova i uvjerenja zbog kojih je pacijentica i tražila pomoć.

Kognitivno-bihevioralni terapijski pristup bio je empatički, edukativan, kolaborativan i aktivan, a pacijentica ga je opisivala prijateljskim. Terapeut je imao neutralan stav prema somatskim simptomima te je uz pažljivo slušanje aktivno tražio i epizode sa somatskim simptomima iz ranijih razdoblja pacijentičinog života. Naime, takvi su pacijenti skloni zaboravljati simptome koji više nisu aktualni, a zbog uvjerenja u njihovu tjelesnu etiologiju u psihoterapijskom okružju ih obično smatraju i nevažnim (20). Kod njih, pa tako i kod opisane pacijentice, problem je često smanjena sposobnost prepoznavanja i razumijevanja emocija te nerazlikovanje emocija i kognicija (23) zbog čega su psihodukcija i jačanje kognitivno-bihevioralnog modela bili važan i stalni dio terapije. Tijekom godina pacijentičin stupanj zdravstvene anksioznosti varirao je od gotovo nepostojecog do izrazito jakih hipohondrijskih strahova ovisno o značenju koje je pridavala somatskim tegobama. Stoga je s ciljem ublažavanja strahova bilo neophodno raditi na promjeni pogrešnih interpretacija tjelesnih simptoma. Pri tom se vrlo korisnim pokazalo propitivanje specifičnih situacija u kojima je pacijentica imala tjelesne simptome povezane sa stresom, ali bez izražene hipohondrijaze, odnosno povezivanje recentnih stresova s javljanjem somatskih smetnji.

Tijekom terapije pacijentica je samoinicijativno prekinula uzimanje psihofarmaka, a nije došla ni na seansu za koju je predviđena detaljnija evaluacija tretmana. Također je prekinula psihijatrijske kontrole. Tri i pol godine nakon završetka terapije pozvana je na ponovnu procjenu stanja koja je potvrđila da su postignute promjene stabilne, a terapijski ishodi i bolji od onih koji su očekivani na početku tretmana. Međutim, ovi rezultati idu u prilog studijama koje pokazuju da je učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije veća u pacijenata koji početno iskazuju visoku razinu zdravstvene anksioznosti (10). Pacijentica više nije anksiozna, zaposlila se, fizički je aktivna, doživljava se zdravom te svoje raspoloženje i sveukupno stanje opisuje odličnim. Navodi da se osjeća emotivno čvršćom te da se bolje brine za sebe. I dalje je sklona u stresu reagirati somatskim smetnjama, ali sada ih doživljava kao znak stresa i poticaj da se nadalje bolje brine za sebe. Nema specifičnog objašnjenja što joj je najviše pomoglo („razgovor“), a posebno važnim ističe suošćejan i suradnički pristup rješavanju problema.

## ZAKLJUČAK

Rad s prikazanim pacijenticom bio je vrlo uspješan, što je u skladu sa znanstvenim istraživanjima koja potvrđuju učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije i ističu je kao terapiju izbora u liječenju zdravstvene anksioznosti, hipohondrijaze odnosno somatoformnih poremećaja. Ishodi tretmana bili su odlični unatoč visokoj početnoj razini anksioznosti i ozbilnjim funkcionalnim oštećenjima, što može biti poticaj terapeutima da se uhvate u koštač i s teškim i komplikiranim pacijentima, rezistentnima na ranije liječenje.

## LITERATURA

1. Asmundson GJG, Taylor S, Sevgur S, Cox, BJ. Health anxiety: classification and clinical features. U: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. New York: John Wiley & Sons, 2001; 3-21.
2. Furer P, Walker JR, Stein MB. *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide*. New York: Springer, 2007.
3. Svjetska zdravstvena organizacija. *MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
4. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. *DSM-IV*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
5. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. *DSM-5*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
6. Taylor S, Asmundson GJG, Coons MJ. Current directions in the treatment of hypochondriasis. *J Cogn Psychother*. 2005; 19: 285-304.
7. Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A i sur. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 12-19.
8. Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 579-93.
9. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-40.
10. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behav Res Ther* 2014; 58: 65-74.
11. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P i sur. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 219-25.
12. Hedman E, Andersson G, Andersson E i sur. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 230-6.
13. Hedman E, Andersson E, Lindefors N, Andersson G, Rück C, Ljotsson B. Cost-effectiveness and long-term effecti-

- veness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. Psychol Med 2013; 43: 363-74.
14. Williams MJ, McManus F, Muse K, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. Br J Clin Psychol 2011; 50: 379-97.
15. McManus F, Muse K, Surawy C. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for severe health anxiety. HCPJ 2011; 11: 19-23.
16. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams, JMG. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). J Consult Clin Psychol 2012; 80: 817-28.
17. Salkovskis PM. Somatski problemi. U: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM ur. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihiatrijske probleme – Vodič za praktičan rad. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008; 237-278.
18. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. Cognit Ther Res 2007; 31: 871-83.
19. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. New York: The Guilford Press, 2004.
20. Woolfolk RL, Allen LA. Treating somatization: a cognitive-behavioral approach. New York: The Guilford Press, 2006.
21. Stewart SH, Watt MC. Assessment of health anxiety. U: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions. New York: John Wiley & Sons, 2001, 95-131.
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-7.
23. Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. Int Rev Psychiatry 2013; 25: 116-24.

## SUMMARY

### COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF HEALTH ANXIETY

T. PRVULOVIĆ MIRKOVIĆ<sup>1</sup> and D. MARKANOVIĆ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dr. Josip Benčević General Hospital Slavonski Brod, Slavonski Brod, and  
<sup>2</sup> Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, Zagreb, Croatia

*Somatoform symptoms, somatisations, and physical symptoms of anxiety are common triggers for the development of health anxiety and hypochondriac fears. Patients are often preoccupied with somatic difficulties and tend to interpret even normal bodily sensations as pathological, which results in the increase of anxiety and anxiety-related symptoms of physical arousal. Following the perception of danger, patients experience further increase of anxiety and start to behave in avoidant ways, which leads to exacerbation of the overall condition. This case study describes a 45-year-old woman who had long-term sporadic anxiety and somatoform symptoms and was diagnosed with several somatic disorders. After cerebral aneurysm surgery, she developed severe hypochondriac fears and dysfunction in all areas of life, which persisted despite pharmacological and supportive psychiatric treatment. She underwent 11 sessions of cognitive-behavioral treatment. In addition to several behavioral techniques, cognitive restructuration aimed at identification and modification of dysfunctional cognitions had a central role in the therapy. Treatment outcomes were evaluated immediately after and 3.5 years after the treatment. The patient reported significant improvement of symptoms, which is in accordance with scientific research showing that cognitive-behavioral therapy is the most efficient therapy for health anxiety and somatoform disorders.*

**Key words:** health anxiety, somatoform disorder, cognitive-behavioral psychotherapy

## KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP SEKSUALNIM POREMEĆAJIMA KOD ŽENA

NATAŠA JELENIĆ HEREGA

*Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka U.Z.O.R., Rijeka, Hrvatska*

*Brojna istraživanja pokazuju da su seksualne smetnje i poremećaji vrlo prisutni u općoj populaciji. Prevalencija dobitvena stranim istraživanjima pokazuje da se kod žena javlja u rasponu od 25 % do 63 %, a slični se rezultati potvrđuju i na hrvatskom uzorku. Seksualni poremećaji mogu biti uzrokovani i podržavani različitim psihičkim ili fizičkim čimbenicima. Čak i u slučajevima kada je uzrok organski, popratni psihički čimbenici dodatno komplikiraju situaciju, što ukazuje da u tretmanu različitim seksualnim smetnjama veliko značenje imaju psihološki tretmani. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) smatra se učinkovitom. Usmjerena je na promjenu nefunkcionalnih vjerovanja i ponašanja integrirajući bihevioralne tehnike sistematske desenzitizacije i izlaganja s kognitivnom restrukturacijom negativnih misli i vjerovanja te usredotočavanjem na seksualne misli i osjećaje. U ovome radu bit će prikazan doprinos kognitivno-bihevioralnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja. Opći principi KBT-a i primjena najvažnijih tehnika objašnjavaju se u kratkom prikazu dviju klijentica s različitim seksualnim poremećajima, od kojih se jedan odnosi na smanjenu seksualnu želju koja je inhibirana psihičkim čimbenicima, a drugi je poremećaj vezan uz bol uzrokovanoj organskim faktorom.*

**Ključne riječi:** seksualne smetnje, seksualni poremećaji, kognitivno-bihevioralni tretman

**Adresa za dopisivanje:** Nataša Jelenić Herega, univ. spec. psych.  
 Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka U.Z.O.R.  
 Blaža Polića 2/1  
 51 000 Rijeka, Hrvatska  
 E-pošta: natasajelenic2000@yahoo.co.uk

### UVOD

Istraživanja pokazuju da su seksualne smetnje i poremećaji razmjerno česti. Njihova prevalencija kod žena iznosi od 25 % do 63 % (1-5), a slični se rezultati potvrđuju i na hrvatskom uzorku u kojem je iskustvo jedne seksualne smetnje ili više njih u zadnjih mjesec dana imalo 29,3 % ispitnica (6). Seksualni poremećaji obilježeni su teškoćama unutar ciklusa spolnog odgovora ili pojavom boli prigodom spolnog odnosa. Između različitih seksualnih poremećaja kod žena najučestalijim se pokazuju nedostatak seksualne želje (23–43 %) i teškoće s postizanjem orgazma (25 %) (7,8). U Hrvatskoj 14,5–27,6 % žena izjavljuje smanjenje

seksualne želje, teškoće s postizanjem orgazma 19,2–23,1 %, slijede ponavljajući bolovi povezani sa seksualnom aktivnosti (10,1–23,6 %) i nedostatak seksualnoga uzbudjenja (9,9–18,5 %) (9).

Seksualni poremećaji mogu biti uzrokovani nizom psihičkih ili fizičkih čimbenika. Psihički čimbenici koji mogu utjecati na seksualnu reakciju i uzrokovati različite smetnje i poremećaje su brojni: negativni osjećaji prema seksu ili njegovim posljedicama među kojima su najčešći strahovi, krivnja i gađenje, zabrinutost uz izvedbu, depresija; pogrešna očekivanja i vjerovanja, nedostatna informiranost o seksu;

nisko samopoštovanje i negativni osjećaji prema sebi i svome tijelu; teškoće u odnosu i konflikti s partnerom; neprikladne okolnosti poput nedostatka privatnosti, umor ili preokupiranost nečim drugim; rigidan religiozni odgoj, konfliktne religijske ili obiteljske vrijednosti, razni mitovi o seksualnosti te prethodno traumatsko seksualno iskustvo. U fizičke uzroke spadaju tjelesne abnormalnosti genitalno-urinarnog trakta, hormonske promjene, razne bolesti, kirurški zahvati te lijekovi, alkohol ili droge. Čak i kada su seksualni poremećaji povezani s tjelesnim uzrocima, psihičke reakcije na taj poremećaj mogu problem povećati (10), tako da psihološki tretmani zauzimaju važno mjesto u tretmanu osoba sa seksualnim poremećajima. Razlike u oblicima tretmana koji postoje i uključenim intervencijama proizlaze iz različitog shvaćanja etiologije seksualnih teškoća (11). Kognitivno-bihevioralna terapija u mnogim se istraživanjima potvrđuje učinkovitom i terapijom izbora za različite seksualne poremećaje.

## CILJ RADA

Cilj ovoga rada je dati pregled bihevioralnog i kognitivnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja te u kratkoj ilustraciji slučajeva prikazati kako se mogu koristiti opći principi i tehnike kognitivno-bihevioralne terapije.

Wolpie (12) i Lazarus (13) prvi su primijenili bihevioralne postavke u tretmanu seksualnih poremećaja. Oni seksualne poremećaje dovode u vezu s anksioznosću, smatraju ih naučenim ponašanjem, a u tretmanima primjenjuju tehnike sistematske desenzitizacije i izlaganje. Njihov rad ipak ne dovodi do široke uporabe bihevioralnih principa u seksualnoj terapiji sve do Mastersa i Johnsonove (14) uz koje se veže početak seksualne terapije. Osnovna pretpostavka je da tjeskoba vezana uz izvedbu interferira s prirodnom seksualnom funkcijom i smatrali su je glavnim uzrokom svih oblika spolne neadekvatnosti. Na temelju te teorije naglašavali su važnost vježbi osjetilnog usredotočavanja (*sensate focus*) koje su izvrsne za smanjivanje pritiska u vezi s izvedbom, što oslobođa kapacitet za prirodnu seksualnu funkciju. Vježbe su zasnovane na principu sistematske desenzitizacije i odnose se na postepeno napredovanje u različitim fazama najprije negenitalnog, zatim genitalnog milovanja u koje se uključuju specifične tehnike za određene disfunkcije te vaginalnog obuzdavanja. Osim osjetilnog usredotočavanja, naglasak u terapiji Mastersa i Johnsonove bio je na uključivanju obaju partnera, na evaluaciji, tj. prikupljanju i davanju informacija partnerima o prirodi seksualnih problema, na edukaciji para o anatomiji genitalija, fiziologiji seksualne reakcije i o razlikama između muškaraca i žena i njihove seksualne reakcije te na međusobnoj komunikaciji, čime su značajno proširili originalne bihevioralne pojmove (15). Njihov pristup vremenom se razvio, postao je fleksibilniji i razgranatiji, obogatio se kognitivnim aspektima i dan danas još uvijek je učinkovit psihološki tretman, na raspaganju velikom broju parova sa seksualnim smetnjama i poremećajima (10).

Kognitivni pristupi u seksualnoj terapiji smatraju da su seksualne teškoće naučene i pod utjecajem su osobnih percepacija, vjerovanja, stavova i atribucija akumuliranih tijekom razvoja. Već su Master i Johnsonova (14) isticali da su konzervativna vjerovanja značajno povezana sa seksualnim teškoćama, kao i sam način kognitivnog procesiranja. U literaturu su uveli izraz *spectatoring*, misleći na kognitivne procese monitoringa vlastite seksualne aktivnosti odnosno usmjerenošću na sebe i seksualnu izvedbu što dovodi do inhibicije seksualnog uzbudjenja i orgazma.

S obzirom na usku povezanost misli, emocija i ponašanja danas se u kliničkoj praksi češće koristi integracija bihevioralnih i kognitivnih pristupa pa govorimo o kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT), koja se usmjerava na promjenu u mišljenju i sustavu vjerovanja kako bi došlo do emocionalne i ponašajne promjene. Da bi se osoba promijenila nije dovoljno osvijestiti joj disfunkcionalnost njezinih stavova i načina interpretacije sebe i okoline, već je neophodno mijenjati i ponašanje. Tada promjena ponašanja pridonosi stabilnosti novih kognitivnih promjena. Neki aspekti tretmana imaju veći bihevioralni naglasak, a drugi veći kognitivni, a njihova kombinacija u prvom redu ovisi o rezultatima inicijalne procjene i potrebi samog klijenta, kao i vještini terapeuta.

Kognitivno-bihevioralni model seksualnih disfunkcija dao je Barlow 1986. godine (16). Prema Barlowu, negativne misli inhibiraju senzualno iskustvo i seksualno zadovoljstvo. Pojedinci sa seksualnim teškoćama i bez njih različito pristupaju seksualnim situacijama. U seksualnoj situaciji (kod seksualnog uzbudjenja ili prilikom inicijative partnera) osobe bez seksualnih teškoća seksualno uzbudjenje povezuju s erotskim kognicijama, doživljavaju pozitivne emocije, očekuju uspjeh odnosno pozitivan ishod situacije i imaju percepciju kontrole. Usmjeravanje na erotске okidače pojačava uzbudjenje i dovodi do funkcionalne izvedbe. Za razliku od njih, osobe sa seksualnim teškoćama u takvoj situaciji doživljavaju anksioznost, negativne emocije, napetost, imaju negativna očekivanja i percepciju nedostatka kontrole. Njihov fokus se s erotskih stimulusa usmjerava na lošu izvedbu, negativne posljedice ili neseksualne, neerotske procese te dolazi do smanjenja uzbudjenja i disfunkcionalne izvedbe. Seksualne teškoće dakle nastaju zbog inhibicije seksualnog uzbudjenja, koje je pak posljedica nemogućnosti osobe (*spectatora*) da adekvatno dekodira erotске znakove koji su potrebni za nastanak i održavanje uzbudjenja. Usmjerenošć na izvedbu potiče izvedbenu anksioznost, koja refokusira pažnju s ugodne i nagrađujuće uzbudjenosti na percepciju negativnih posljedica seksualnog neuspjeha. Ovakva distrakcija smanjuje sposobnosti seksualnog funkcioniranja (16,17). Njihovi nalazi ističu kako je potrebno usmjeriti pozornost na ugodne osjete, erotске misli i podražaje, jer će to vjerojatno biti uspješnije od pukog poticanja opuštanja u seksualnim situacijama. Usmjerenošć na erotičnost od tada postaje važan dio seksualne terapije.

Brojna su istraživanja potvrdila utjecaj različitih kognitivnih faktora na seksualno funkcioniranje. Nobre i Pinto-

Gouveia (18) ukazuju da osobe sa seksualno disfunkcionalnim vjerovanjima prigodom seksualnih aktivnosti aktinoviraju mnogo više negativnih automatskih misli od osoba bez seksualnih smetnji. Među značajnim negativnim automatskim mislima koje utječu na seksualno funkcioniranje kod žena su: konzervativne misli, poput: *Masturbacija je grijeh, Ugledne žene ne masturbiraju, Nevinost je najbolji dar koji žena može dati muškarcu, Seksualnu aktivnost mora inicirati muškarac, Oralan ili analan seks su najveće perverzije*; viđenje seksualne želje i seksualnog zadovoljstva grijehom: *Seks je prljav i grješan, Osjećati seksualno zadovoljstvo za vrijeme seksa nije prihvatljivo, Do seksa može doći samo ukoliko to muškarac želi, Ugledna žena mora kontrolirati svoje seksualne porive*; vjerovanja o važnosti fizičkog izgleda, kao primjerice: *Žene koje nisu fizički atraktivne ne mogu biti seksualno zadovoljene, Ružna žena ne može seksualno zadovoljiti partnera te vjerovanja povezana s dobi, koja su usmjerena na to kako dob, naročito nakon menopauze, utječe na smanjenje seksualne želje i zadovoljstva. Samo postojanje negativnih, katastrofičnih misli neće uzrokovati seksualne poremećaje, ali osobu čine ranjivom za razvoj seksualnih teškoča.*

Različite negativne misli povezane su s različitim seksualnim poremećajima. Na smanjenu seksualnu želju kod žena najviše utječu konzervativna vjerovanja te nedostatak erotskih misli i erotskih mentalnih slika, a povezane emocije su ljutnja i razočaranje (19). Trudel i suradnici (20) ukazuju da žene sa smanjenom seksualnom željom najčešće vjeruju u sljedeće seksualne mitove: *Muškarci su uvijek željni seksa i uvijek su spremni na seks, Vodećje ljubavi se ne može planirati, ono mora biti spontano, Ne može biti seksa ako muškarac nema erekciju, Parovi trebaju održavati uobičajenu čestinu seksualnih odnosa, Dobar seks uvijek mora završiti orgazmom*. Seksualno uzbudenje negativno je povezano s mislima o neuspjehu, nedostatkom erotskih misli te tugom i razočaranjem (21). Dove i Wiederman (22) naglašavaju dvije vrste kognitivnih distrakcija koje negativno utječu na seksualno uzbudenje: promišljanje o seksualnoj kompetentnosti i usmjerenost na vanjski izgled. Te su dvije distrakcije kod žena povezane. Naime, žene fizičku atraktivnost i „seksi“ izgled doživljavaju dovoljnim za osjećaj seksualne kompetencije. One koje sebe ne doživljavaju atraktivnim, ne vide se seksualno uspješnima, općenito su manje seksualno zadovoljne, rjeđe doživljavaju orgazam, tj. češće ga odglume.

Automatske misli usmjerene na ertske podražaje povezane su s pozitivnim emocijama, dok su misli usmjerene na seksualnu izvedbu i očekivanje neuspjeha povezane s negativnim emocijama, a sukladno tome negativno utječu na seksualno funkcioniranje (18). Prilikom izlaganja ertskim sadržajima osobe sa seksualnim disfunkcijama doživljavaju značajno manje pozitivnih emocija (16), a najjače su izražene negativne emocije poput tuge, razočaranja, a kod žena i krivnje i ljutnje, te manje ugode i zadovoljstva u odnosu na osobe bez seksualnih teškoča (23). Eshghi i

suradnici (24) ističu kako se najznačajnijim prediktorima seksualnog funkcioniranja u žena pokazuju očekivanje neuspjeha, misli o seksualnom iskoristištanju (poput *On me iskoristišta, On samo želi sebe zadovoljiti, Ovo je odvratno*) i nedostatak ertske misli, dok se od emocionalnih faktora važnim prediktorima smatraju tuga, razočaranje, krivnja i ljutnja te nedostatak ugode i zadovoljstva.

Na temelju kognitivno-bihevioralne perspektive i faktora koji utječu na seksualno funkcioniranje razvijene su različite terapijske tehnike i intervencije, koje su empirijski validirane. Dekker i Everaerd (25) proveli su evaluacijsko istraživanje seksualne terapije parova s različitim seksualnim disfunkcijama. Tretman se sastojao od vježbi osjetilnog usredotočavanja sa seksualnom stimulacijom, sistematske desenzitizacije i izlaganja u imaginaciji i *in vivo* te komunikacijskog treninga. Nakon tretmana došlo je do promjena u zadovoljstvu seksualnim i nesesualnim interakcijama, a mnoge su promjene ostale stabilne i 6 mjeseci nakon terapije. Sarwer i Durlak (26) potvrdili su efikasnost bihevioralnih tehniki i vježbi osjetilnog usredotočavanja kod vaginizma, preuranjene ejakulacije, anorgazmije i ertktilnih teškoča. McCabe (27) navodi pozitivne učinke kognitivno-bihevioralnog tretmana za preuranjenu ejakulaciju i ertkiline teškoće kod muškaraca te za orgazmičke teškoće i hipoaktivnu seksualnu želju kod žena. Kaplan (28) također ističe važnost kognitivno-bihevioralnih postupaka. Ona, na temelju bogatog kliničkog iskustva, ističe da u tretmanu smanjene seksualne želje nije dovoljno samo indirektno poticati libido stjecanjem uvida u seksualne konflikte i razrješenjem emocionalnih blokada i interpersonalnih teškoča, već je potrebno primijeniti neposredne, bihevioralne intervencije koje će promijeniti „protseysualna“ ponašanja klijenata.

U svom preglednom radu Heiman i Meston (29) ukazuju da za neke seksualne disfunkcije postoje točno određeni postupci čija je primjena učinkovita i dovodi do pozitivne promjene, kao primjerice kombinacija direktnе masturbacije i vježbi osjetilne usredotočenosti kod anorgazmije te postupno korištenje dilatatora različitih širina kod vaginizma, što su postupci razvijeni unutar bihevioralne perspektive, ali da nema adekvatnih empirijskih podataka koji bi upućivali što je učinkovito u tretmanu poremećaja seksualne želje ili seksualnog uzbudenja (30). Hawton (10) ističe kako nema posebnih postupaka u tretmanu smanjene seksualne želje, već se glavni naglasak stavlja na stvaranje prikladnih okolnosti za seksualne aktivnosti, uspostavljanje zadovoljavajuće predigre, usmjeravanje pozornosti na ertske podražaje i kognicije, restrukturaciju inhibicija u seksualnom ponašanju te rješavanje općih problema u odnosu. Noviji pregledni rad istraživanja (meta analiza) provedenih od 1998. do 2009. ukazuje da se od različitih psiholoških intervencija (među kojima se navode: trening seksualnih vještina, seksualna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, bračna terapija, sistematska desenzitizacija, psihoedukacija te ostale terapije poput psihodinamske

terapije, hipnoterapije ili racionalno emocionalne terapije) u tretmanu smanjene seksualne želje najučinkovitijima pokazuje kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i treninga seksualnih vještina, a ako se prati njihov učinak na seksualno zadovoljstvo, onda je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovitija od kombinacije dviju navedenih (31).

U literaturi se navodi i učinkovitstvo treninga usredotočene svjesnosti (*mindfulness*) koji potiče osobe da se manje usredotočavaju na ne-erotске misli, a više usredotočene pažnje posvećuju seksualnim podražajima (32).

### PRIKAZ KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOG TRETMANA

Osnovne postavke bihevioralno-kognitivnog modela razumijevanja psihičkih poremećaja jesu da kognicije (misli, interpretacija situacije i značenje koje situaciji pridajemo) utječu na to kako se osjećamo i kako se ponašamo. Disfunkcionalno (nerealno, neproduktivno, iskrivljeno)

mišljenje u osnovi je mnogih psihičkih smetnji. Neadaptativno ponašanje izaziva negativne posljedice koje onda održavaju disfunkcionalne kognitivne obrasce, a samim time podržavaju psihičke smetnje i poremećaje. Kognitivna aktivnost i obrasci ponašanja mogu se samoopažati, mjeriti i mijenjati, pa je tako KBT usmjerena na promjenu u mišljenju i sustavu vjerovanja te promjenu ponašanja na način da se ukidaju ili smanjuju disfunkcionalni i razvijaju funkcionalni obrasci ponašanja. Promjena ponašanja pridonosi stabilnosti novih kognitivnih promjena. Isti se principi primjenjuju i u tretmanu seksualnih poremećaja te se u svrhu postizanja klijentovih ciljeva, a uvažavajući kompleksnost seksualnih poremećaja i individualne karakteristike klijenata, koristi kombinacija različitih kognitivnih i bihevioralnih tehniku.

U prikazima koji slijede prikazana je interakcija negativnih vjerovanja i disfunkcionalnog ponašanja koji utječu na pojavu i podržavaju seksualnu smetnju/poremećaj, naveden je opći cilj tretmana, a zatim je opisana uporaba osnovnih kognitivno-bihevioralnih tehnika.

#### Slučaj 1. Ana – djevojka sa smanjenom (inhibiranom) seksualnom željom (33)

Studentica Ana dvije godine je u vezi. Traži pomoć vezanu uz vlastitu ambivalentnost prema seksu, od gađenja i brojnih negativnih vjerovanja o seksu do želje da uspješno uspostavi seksualan odnos s partnerom i sebi dozvoli upuštanje u različite seksualne aktivnosti. Problem se manifestira u situacijama petinga brojnim negativnim vjerovanjima o seksu (*To je nešto gadno, to je prljavo.*), seksualnom uzbudjenju (*Sa mnom nešto nije u redu, nisam normalna (jer bih trebala/smjela biti uzbudjena)*) i sebi kao seksualnom biću (*Ja sam laka cura. Ja sam drolja*, zbog čega manifestira nefunkcionalna ponašanja (naglo prekida petinga, odguruje dečka, više na njega i vrijeda ga te ga danima nakon toga izbjegava), čime narušava kvalitetu partnerske veze.

Klijentica je visoko religiozna, zbog čega ona i njezin dečko ne žele koitus prije braka, što je zahtijevalo prilagodbu u tretmanu uz poštivanje klijentičinih vrijednosti i granica u seksualnom ponašanju.

Opći cilj tretmana je smanjiti negativne osjećaje i misli vezane uz seks (*jer želi uživati u tjelesnoj bliskosti s dečkom i imati normalne seksualne odnose u budućnosti*) i pojačati seksualno zadovoljstvo, a u ostvarenju tog cilja potrebno je ostvariti manje podciljeve, koji su definirani u terminima ponašanja i neposrednih zadataka.

Ovaj je prikaz slučaja detaljnije opisan u Socijalnoj psihijatriji (33).

#### Slučaj 2. Žana – djevojka sa seksualnim poremećajem vezanim uz bol

Žana je 26-godišnja profesorica. Upućena je psihologu od ginekologa zbog boli koju osjeća prilikom seksualnih aktivnosti zbog čega izbjegava i vaginalni ginekološki pregled. Uvjerenja je da je njezina bol isključivo psihogen. Za to niže brojne „dokaze“, od ranih predisponirajućih čimbenika vezanih uz religioznost svoje obitelji u kojoj je seks bio tabu temu te je usprkos visokom stupnju obrazovanja potpuno neinformirana o seksu; anksiozna je osoba koja je već bila u tretmanu psihologa; imala je niz površnih partnerskih veza koje su prekinute „zbog seksa“ (ili su je dečki ostavili jer nije htjela stupiti u spolne odnose ili je ona ostavljala njih zbog toga što su inzistirali na spolnom odnosu) pa razvija negativna vjerovanja o *seksu kao prijetnji kvalitetnoj vezi te sebi kao nesposobnoj za seks*. Sada je u vezi s mladićem, strancem koji živi i radi u inozemstvu, povremeno se vidaju. Seksualnu interakciju u koju je uključeno diranje vagine prati oštra bol, pa se klijentica vrlo brzo fizički odmice od partnera i prekida seksualni odnos uz jako plakanje. U novu seksualnu interakciju ulazi sa strahom od boli i očekivanjem ponovnog neuspjeha. Zbog boli koju doživljava te iskrivljenih vjerovanja kako *svaki zagrljaj vodi ka penetraciji*, u rijetkim susretima s dečkom izbjegava sve oblike nježnosti i intimne situacije. Boji se da nije sposobna za seks te da će izgubiti svog sadašnjeg partnera ukoliko ga ne uspije seksualno zadovoljiti.

Klijentica želi smanjiti strah od boli i ući u spolni odnos te postati seksualno samoosjećenija. S obzirom da poremećaji vezani uz bol imaju nešto više organskih uzročnika od drugih seksualnih poremećaja, jedan od specifičnih ciljeva tretmana bio je pripremiti klijentici za ponovni, vaginalni, a moguće i rektalni ginekološki pregled.

U navedenim slučajevima korištene su osnovne tehnike KBT-a. Na početku tretmana dominiraju kognitivne tehnike. *Poučavanje o seksualnosti* nužno je za razvoj realnijeg pogleda na seks i seksualnost. Ana tako dobiva informacije pomoću kojih može lakše prihvati seksualnost kao sastavni dio ljudske prirode te razviti funkcionalnija očekivanja vezana uz peting. Kod Žane upoznavanje sa seksualnim mitovima s naglaskom na one mitove u koje ona vjeruje (*Seks bez penetracije nije seks, U seksu je važno zadovoljiti partnera, Žena mora zadovoljiti muškarca*) doveli su do ukidanja izbjegavanja fizičke bliskosti, a u seksualni odnos ulazi asertivnija, ističući kako još nije spremna na genitalni kontakt. Informiranost o postojanju različitih organskih uzroka boli dovodi do spremnosti na ponovni ginekološki pregled (shvaćajući da samo ultrazvuk nije dostanan za utvrđivanje/uklanjanje eventualnog organiciteta) koji se postavlja kao specifičan cilj tretmana. *Poučavanje o kognitivno-bihevioralnom modelu* odnosi se na upoznavanje međuzavisnosti kognicija, misli i ponašanja. U kontekstu seksualnih poremećaja to uključuje podizanje svjesnosti o vlastitim negativnim mislima, vjerovanjima i antiseksualnim ponašanjima u seksualnim situacijama koji dovode do „iskapčanja“ i podržavaju seksualni poremećaj. Svijest o bavljenju negativnim, kontraseksualnim mentalnim procesima preduvjet je za restrukturaciju tih procesa.

*Kognitivna restrukturacija* je zamjena disfunkcionalnih vjerovanja funkcionalnjim. Na svakom od tri nivoa kognitivnog funkcioniranja (automatske misli, posredujuća i bazična vjerovanja) mogu postojati iskrivljene kognicije koje su rezultat pogrešaka u mišljenju, netočnog zaključivanja na temelju nedostatnih ili pogrešnih podataka, nerazlikovanja mašte od stvarnosti, selektivnog prisjećanja. Sustavne pogreške u mišljenju nazivaju se kognitivne distorzije i upravo su one predmet rada kognitivno-bihevioralnog tretmana. Kognitivna restrukturacija počinje radom na automatskim mislima, a zatim slijedi rad na vjerovanjima jer jedino zahvaćanje dublje kognitivne razine dovodi do trajnije emocionalne i ponašajne promjene. Za identifikaciju, evaluaciju i modifikaciju negativnih vjerovanja koriste se različiti načini, poput Sokratovskog dijaloga odnosno primjene logičkog protivivanja, preispitujući i odvagujući dokaze za i protiv određenih vjerovanja, ispitujući prednosti i nedostatke takvog mišljenja, prepoznavanje kognitivnih pogrešaka koje se čine, probe ponašanja, nalaženje alternativnih kognicija, a sve s ciljem da se empirijski provjere postavljene hipoteze o svom ponašanju. Metodom silazne strelice se traži značenje automatske misli i logička povezanost automatskih misli s posredujućim i bazičnim vjerovanjima, u modifikaciji kojih su korisne tehnike poput kognitivnog kontinuma, pite i bihevioralnog eksperimenta. Restukturacijom Aninih vjerovanja pomoglo joj se, primjerice, uvidjeti kako su „Fuj“ i „Odvratno“ majčini komentari, a ne njezino iskustvo; kako iniciranje

petinga od strane dečka ne znači *iskorištavanje i nepoštivanje* već ljubav i želju da budu intimniji u granicama koje sami odrede; da upuštanje u peting ne znači da je *drolja* već osoba koja se s punim povjerenjem predala samo jednoj osobi koja će biti njezin muž. Kod Žane su negativna i nekorisna vjerovanja (poput *Zagrljaji, dodiri, poljupci vode ka penetraciji; Ginekološki je pregled bolan. Ja to ne mogu; Seks više sliči na nasilje nego na ljubavni čin, Seks me može povrijediti; Ja sam slaba, jer se bojam.*) zamijenjeni mnogo funkcionalnijim vjerovanjima, primjerice: *Ne mora svako maženje završiti seksom (penetracijom). Ne moram bježati od nježnosti; Meni je ginekološki pregled bolan, ali je važan. Saznat ću više o svojoj boli. Može mi pomoći u otkrivanju uzroka te boli. Katkada treba proći kroz bol da bi se ona otklonila; Seks nije nasilan, već neke osobe mogu biti nasilne prisiljavajući me na nešto što ne želim. Ja sam ta koja biram biti u odnosu s nekim ili ne. Sada imam strpljivog, nježnog i brižnog dečka; U redu je osjećati strah. Bojati se nije slabost. Slabost je ne poduzeti ništa. Ja poduzimam.*

*Izlaganje* je gotovo nezaobilazna tehnika u kliničkom radu kognitivno-bihevioralnog terapeuta s obzirom da su izbjegavajuća ponašanja često jedan od glavnih čimbenika koji utječu na održavanje poremećaja. Izlaganje se definira kao suočavanje s onime što se izbjegava jer izaziva anksioznost (34). Osnovni smisao izlaganja je da se klijent suočava sa situacijama koje izbjegava, koje percipira zastrašujućima i koje izazivaju visoku anksioznost, kako bi vremenom došlo do gašenja (smanjenja anksioznosti) te se sama situacija više neće percipirati toliko prijetećom. Optimalna učinkovitost izlaganja postiže se stupnjevanim, ponovljenim i produženim izlaganjem, a zadaci moraju biti jasno određeni. Klijent treba identificirati sve ono što izbjegava, što mu stvara nelagodu i ono što identificira poredati po težini u „stupnjevanu hijerarhiju“, koja sadržava cijeli raspon situacija, počevši od onih koji izazivaju samo blagu anksioznost, pa do onih koje izazivaju maksimalno jaku anksioznost. Svaka se situacija procjenjuje na ljestvici od 0 do 10 s obzirom na količinu anksioznosti koju izaziva. Hijerarhija se koristi kao vodič za izlaganje tim situacijama. Osnovno pravilo izlaganja je da ono bude postupno (počinje s izlaganjima manje prijetećim situacijama, ali koje izazivaju barem nešto anksioznosti kako bi tehnika bila korisna), da traje dovoljno dugo (kako bi anksioznost za vrijeme izlaganja opala), da se ponavlja toliko dugo dok ne prestane izazivati anksioznosti ili izaziva nisku anksioznost. Promjene u vjerovanjima i normalizacija reakcija doveli su kod klijentica do spremnosti na izlaganje, najprije onim situacijama na nižem stupnju hijerarhije. Tako se Ana, prihvativši svoju seksualnost, počela upuštati u različite seksualne aktivnosti. Produljivala je vrijeme petinga, ostajala u intimnom i ugodnom tjelesnom kontaktu s dečkom nakon petinga, odjevena se trljala o partnerovo

spolovilo, aktivno je sudjelovala u petingu - dodirivala i ljubila neseksualne dijelove tijela svoga dečka te sama započinjala peting. Hijerarhija se tijekom tretmana više puta revidirala. Početni subjektivni osjećaji nelagode nisu u potpunosti odgovarali stvarnoj anksioznosti pa je Ana neke stvari koje su početno ocijenjene „težima“ mogla lakše napraviti od nekih „lakših“. Neke aktivnosti s mnogo više genitalnog kontakta (primjerice dozvoliti dečku zavlacenje ruku u gaćice) lakše je napravila nego npr. dirati svoga partnera (33). Aktivnost trljanja o partnerove genitalije odjevena bilo je potrebno raščlaniti u nekoliko podaktivnosti: najlakše joj je bilo dozvoliti njemu da se trla o njezino spolovilo dok su oboje odjeveni i ona leži na ledima, dok je njezino trljanje o njega dok sjedi na njemu bilo zahtjevnije. Izlaganje se u tretmanu kombiniralo i s osjetilnim usredotočavanjem. Anin zadatak bio je da se prilikom izlaganja usmjeri na tjelesnu ugodu i da koristi ertske fantazije ili pozitivan unutarnji govor te da komunicira s dečkom o aktualnom seksualnom iskustvu.

Pri uvođenju i primjeni različitih intervencija terapeut se uvijek mora voditi individualnim karakteristikama i specifičnostima klijenta. Anina religioznost zahtjevala je prilagodbu tretmanskih intervencija i granice njezine spremnosti na izlaganje genitalnim aktivnostima u potpunosti su se poštovale. Nije ju se pokušavalo motivirati da bude gola za vrijeme maženja, niti da vježbe izvršava na krevetu. Nisu joj se nudili nikakvi ertski materijali koji služe povećanju libida, u potpunosti je odbačena mogućnost korištenja bilo kakvih oblika genitalne samostimulacije (33). Za razliku od nje, iako isto religiozna, Žana samostalno ukazuje da je spremna istraživati svoje tijelo, svoje reakcije na dodir, masturbirati i tako ujedno istražuje lokalitet, kvalitetu i intenzitet boli i mogućnost svojeg izdržavanja boli, a u odnosu s partnerom upušta se u oblike seksualne aktivnosti koji su za nju „sigurni“. Time ujedno povećava i povjerenje u partnera, koji u potpunosti prihvaca seksualnu aktivnost bez penetracije i genitalnog diranja vagine te izražava svoje zadovoljstvo aktualnim seksom, što umiruje njezin strah od mogućeg prekida veze.

Kod obje se klijentice provodilo i izlaganje u imaginaciji. Ana se u imaginaciji pripremala na prvu bračnu noć, zamišljanje čega je, s jedne strane, značilo slobodu u *potpunom predavanju* svome partneru, ali istodobno je bilo značajnu tjeskobu vezanu uz izvedbu, strah da *ona to neće moći, neće znati kako*. Sa Žanom se u imaginaciji provodilo izlaganje ginekološkom pregledu, za što je bilo potrebno izraditi posebnu hijerarhiju (od čekanja u čekanici, preplavljenosti katastrofičnim mislima povezanim s pregledom, ulaska u ordinaciju, razgovora s ginekologijom do skidanja odjeće, sjedanja na ginekološki stolac i početak vaginalnog pregleda), u kombinaciji s tehnikama relaksacije, karticama za suočavanje i umirujućim samo-instrukcijama.

Zadaci izlaganja, kao i opažanje i bilježenje negativnih automatskih misli uvođeni su u obliku domaćih zadaća, koje su neophodan dio tretmana. Odradujući zadaće klijent ima aktivnu ulogu u mijenjanju svog neučinkovitog mišljenja i oslobađanja od simptoma, što ga priprema da bude sam svoj terapeut i da naučene strategije suočavanja generalizira i na druga područja funkcioniranja.

Tretmani su uz opisane tehnike bili obogaćeni i drugim intervencijama, karakterističima za seksualnu terapiju. Negenitalno osjetilno usredotočavanje uključuje vježbe samostalnog općeg istraživanja ugodnih tjelesnih senzacija u svakodnevnim situacijama, promatranje vlastitog golog tijela te masažu ruku sa savjetovateljicom što, osim usmjeravanja na dodir, pruža mogućnost za učenje i modeliranje davanja i primanja povratnih informacija. Genitalno osjetilno usredotočavanje, usmjeravanje pažnje na ertske misli i podražaje te trening seksualnih fantazija pomažu fokusiraju na senzorne aspekte seksualnog iskustva te povećavaju seksualnu želju i uzbudjenje. Stvaranje prikladnih okolnosti za seksualne aktivnosti, zamjena negativnih seksualnih ponašanja funkcionalnijim, usvajanje novih vještina i poticanje komunikacije o seksu s partnerom također su važni aspekti seksualne terapije.

Oba tretmana mogu se smatrati uspješnima jer su doveli do željenih promjena i ostvarenja individualnih ciljeva. Kod Ane je došlo do promjena u doživljaju seksualnosti, prepustanju petinzima (bez uključenog koitusa) te većeg seksualnog zadovoljstva s posebnim pomakom na dimenziji usmjerenosti na osobne doživljaje, što se smatra temeljem seksualnog užitka. Žana je pred kraj tretmana kognitivno pripremljena i na operativni zahvat kirurškog zarezivanja himena, nakon kojeg je uzrok boli uklonjen i klijentica je ušla u spolni odnos.

## ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je prikazati doprinos kognitivno-bihevioralnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja. Ukratko su opisane glavne tehnike bihevioralne i kognitivne terapije čija je primjena ilustrirana u kratkom prikazu dviju klijentica s različitim seksualnim smetnjama (poremećajima).

S obzirom da su seksualni poremećaji povezani s nižim seksualnim zadovoljstvom (35), a seksualno zadovoljstvo s kvalitetom i stabilnosti partnerskog i bračnog odnosa (36) te emocionalnom dobrobiti (2), prevencija i tretman seksualnih poremećaja nameće se kao važan doprinos mentalnom zdravlju općenito. Kognitivno-bihevioralne intervencije pružaju dobar okvir za tretman seksualnih poremećaja jer su usmjerene na smanjenje tjeskobe povezane sa seksualnim funkcioniranjem, restrukturacijom iskrivljenih seksualnih vjerovanja i poticanjem prihvatljivih oblika seksualne aktivnosti te se lako kombiniraju sa specifičnim postupcima seksualne terapije.

## LITERATURA

1. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationship. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 193-208.
2. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002; 39: 73-8.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
4. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachma GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of survey of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993; 19: 171-88.
5. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 389-408.
6. Štulhofer A, Gregurović M, Galić I, Pikić A. Raširenost seksualnih smetnji u uzorku zagrebačkih žena. *Medicina* 2005; 42: 300-9.
7. DeRogatis LR, Burnett AL. The Epidemiology of Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5: 289-300.
8. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's Sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010; 7: 586-614.
9. Štulhofer A, Kuljanić K, Štulhofer Buzina D. Sexual health difficulties in a population-based sample of Croatian women aged 18-35 and the effects of the dual (career and motherhood) role. *J Sex Med* 2011; 8: 1314-21.
10. Hawton K. Seksualne disfunkcije. U: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, ur. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
11. Wiederman MW. The state of theory in sex therapy. *J Sex Res* 1998; 35(1): 88-100.
12. Wolpe J. The systematic desensitization treatment of neurosis. *J Nerv Ment Dis* 1961; 132: 189-203.
13. Lazarus AA. The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *J Nerv Ment Dis* 1963; 136: 272-6.
14. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970.
15. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Ljudska seksualnost. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
16. Beck JG, Barlow DH. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-II: Cognitive and effective patterns in erectile dysfunction. *Behav Res Ther* 1986; 24: 19-26.
17. Sbrocco T, Barlow DH. Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. U: Salkovskis PM, ur. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996.
18. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006; 43: 68-75.
19. Nobre PJ. Determinations of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther* 2009; 35: 360-77.
20. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther* 2001; 16: 145-64.
21. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 37-49.
22. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 67-78.
23. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 491-9.
24. Eshghi R, Bahrami, Zade MF, Etemadi O, Ghasemi V. The prediction of sexual function based on cognitive-emotional factors in Iranian women. *IJCRRB* 2012; 4: 53-62.
25. Dekker J, Everaerd W. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunction. *J Sex Marit Ther* 1983; 9: 99-112.
26. Sarwer JE, Durlak JA. Afield trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *J Sex Marit Ther* 1997; 23: 87-97.
27. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marit Ther* 2001; 27: 257-71.
28. Kaplan HS. Psihoterapija poremećaja seksualne želje. Problemi spolnog funkcioniranja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
29. Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatments for sexual dysfunction. U Dobson KS, Craig KD, ur. *Empirically Supported Therapies: Best Practice in Professional Psychology*. New York: Sage Publications, 1998, 259-303. Pronadeno 21.03.2013.prema <http://homepage.psy.utexas.edu/Homepage/Group/MestonLAB/Publications/treatment.pdf>
30. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31: 445-50.
31. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2013; 42: 915-33.
32. Geonet M., De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013; 22: 9-15.
33. Jelenić Herega N, Živčić Bećirević I. Prikaz kognitivno-bihevioralnog tretmana djevojke sa smanjenom seksualnom željom. *Soc psihijat* 2014; 42: 254-65.
34. Butler G. Fobični poremećaji. U: Hawton K. Salkovskis P, Kirk J, Clark DM, ur. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
35. Štulhofer A, Buško V. Evaluacija novog instrumenta za procjenu seksualnog zadovoljstva. *Suvremena psihologija* 2008; 11: 287-312.
36. Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married women. *Am J Health Stud* 2000; 16: 73-84.

## SUMMARY

### THE COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH TO SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN

N. JELENIĆ HEREGA

*Family Assistance Association Rijeka (U.Z.O.R.), Rijeka, Croatia*

*Numerous studies show that sexual dysfunctions are quite common in the general population. Their prevalence is between 25-63% in women and similar results have been confirmed in a Croatian sample. Sexual dysfunctions can be caused and maintained by a variety of mental or physical factors. Even in cases where the cause is organic, accompanying mental factors complicate the situation further, suggesting that the psychological components of the treatment are highly significant. Cognitive-behavioral therapy (CBT) as a method of psychotherapy is considered effective. It integrates behavioral techniques of systematic desensitization and exposure with cognitive restructuring of negative thoughts and beliefs, so clients learn new patterns of thinking and behaving and can focus more on sexual thoughts and feelings. The topic of this article is about the contribution of the cognitive-behavioral approach to the understanding and treatment of sexual disorders. General principles of CBT and application of the most important techniques are explained through a brief overview of two clients with different sexual dysfunctions, one of which had low sexual desire inhibited by psychological factors, and was associated with pain caused by organic factors in the other.*

*Key words:* sexual dysfunction, cognitive-behavioral treatment

## KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP LIJEČENJU KRONIČNE BOLI

MARINA LETICA CREPULJA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i

<sup>2</sup>Zavod za psihološku medicinu, Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

Bol je složeni biopsihosocijalni fenomen, a ne samo osjetni doživljaj. Kronična bol zahvaća sve aspekte osobe: tjelesni, spoznajni, osjećajni, društveni, radni, spolni i duhovni. Pacijenti se nerijetko žale i na druge simptome kao što su anksioznost, depresivno raspoloženje, nesanica, umor i drugi. Cilj ovog rada jest da prikazom psihoterapijskog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom iznijeti osnovu razumijevanja, konceptualizacije, primjene tehnika i evaluacije u kognitivno-bihevioralnom pristupu.

Pacijent je bio u kognitivno-bihevioralnom tretmanu zbog glavobolje koja traje godinu dana. Tjelesna bolest je reaktivala bazično vjerovanje o vlastitoj bespomoćnosti rezultirajući izbjegavajućim i sigurnosnim ponašanjima koja su dodatno pojačala anksioznost i depresivno raspoloženje. Ciljevi tretmana usmjereni su na adekvatnije suočavanje s bolom, povećanje tjelesne aktivnosti i socijalnu aktivaciju. Primjenjene su sljedeće tehnike: psihodukacija, samomotrenje i bihevioralna aktivacija, tehnike opuštanja, tehnike preusmjeravanja pažnje, kognitivno restrukturiranje, bihevioralni eksperiment i prevencija povrata simptoma. Evaluacija: Kognitivno-bihevioralnom terapijom postignuta je redukcija intenziteta i trajanja boli, smanjenje razine depresivnosti i anksioznosti i značajan porast kvalitete života uz povratak na posao, aktivnije sudjelovanje u obiteljskom i društvenom životu. Autorica zaključuje da je kognitivno-bihevioralna terapija važan dio multimodalitetnog i multidisciplinarnog tretmana pacijenata s kroničnom boli.

*Ključne riječi:* kronični bolni sindrom, kognitivno-bihevioralna terapija

*Adresa za dopisivanje:* Dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu  
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci  
Cambierieva 17  
51 000 Rijeka, Hrvatska  
E-pošta: marinalc@medri.uniri.hr

### UVOD

#### *Bol, kronična bol, kronični bolni sindrom*

Bol je složeni biopsihosocijalni fenomen (1). Najšire prihvaćena definicija boli je ona Međunarodnog udruženja za izučavanje boli koja kaže da je bol neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva (2). Bol je uvijek subjektivan doživljaj, te se mnogi ljudi na nju žale i u odsutno-

sti oštećenja ili nekog drugog patofiziološkog čimbenika. Praktično ne postoji način koji bi omogućio razlikovanje njihovog iskustva od iskustva onih kod kojih takvo oštećenje postoji. Tu činjenicu uvažava i navedena definicija koja ne povezuje bol s određenim stimulusom čime je izbjegnuto poistovjećivanje nocicepcije kao fiziološke osnove za prijenos bolnih podražaja i boli koja obuhvaća

puno više dimenzija od bolnog osjeta. Kronična bol se najčešće razvija postupno i traje mjesecima ili godinama. Za razliku od akutne boli, nema korisnu funkciju upozorenja na patološki proces ili oštećenje, traje dulje od uobičajenog vremena potrebnog za oporavak tkiva i bolest je sama za sebe. Kronična bol zahvaća sve aspekte osobe: tjelesni, spoznajni, osjećajni, društveni, radni, spolni i duhovni, a veliko je i zdravstveno, ekonomsko i socijalno opterećenje. Kronični bolni sindrom je multidimenzionalno kronično bolno stanje kod kojeg se uz bol, javljaju i drugi simptomi kao što su anksioznost, depresivno rasploženje i subjektivni osjećaj patnje, nesanica, umor, smanjena tjelesna aktivnost, promjene u ponašanju, kognitivne smetnje, smanjena seksualna aktivnost i promjene u socijalnim kontaktima. Kronični bolni sindrom je slabo definiran, a dijagnostički kriteriji nespecifični što izaziva prijepore oko mjesta u klasifikacijskim sustavima. Unatoč prigovorima kako pacijenti s ovim poremećajem neopravданo dobivaju psihijatrijsku dijagnozu (3,4), kroničnom bolnom sindromu se najčešće pribraja šifra Bolnog poremećaja prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, 5. izdanje (5) ili Perzistirajućeg somatoformnog bolnog poremećaja prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (6).

#### *Primjena kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u tretmanu kronične boli*

Objavom teorije ulaznih vrata (*The Gate control theory*), 1965. godine počinje novo razdoblje u razumijevanju mehanizama nastanka i prijenosa boli (7). Prema ovom modelu bolni signali se mogu modulirati. Naime, „vrata“ u mozgu mogu biti otvorena ili zatvorena čime se iskustvo boli može pojačati ili umanjiti. Tvorci teorije, Melzack i Wall njome su dali znanstveno objašnjenje ranije uočenih psihosocijalnih dimenzija u doživljaju boli. Melzack je zaključio da je bol multidimenzionalni kompleks s brojnim osjetnim, emocionalnim i kognitivnim komponentama što je predstavljalo osnovu za primjenu psihoterapije u tretmanu kronične boli. Kako je istaknuto u teoriji učenja (8), socijalni i okolišni čimbenici značajno utječu na bolesničko ponašanje i razinu disfunkcionalnosti. U začetcima primjene psihoterapijskih metoda prevladavale su bihevioralne tehnike kojima se nastojalo zamijeniti ponašanje i uloga bolesnika poželjnijim ponašanjem koje je uključivalo veću aktivaciju, samostalnost i participiranje u svim ranijim područjima života. Nakon razdoblja isključivo bihevioralnih tehnika istraživanja su bila više usmjerena na proučavanje utjecaja kognitivnih procesa na ponašanje i emocionalno reagiranje. Rezultati su ukazivali na povezanost vjerovanja, procjene boli, kognitivnih distorzija (poput katastrofizacija, generalizacija, dihotomnog mišljenja i sl.), te izbjegavajućeg ponašanja s jačinom boli i vezanih poteškoća uključujući redukciju aktivnosti, narušeno funkcioniranje, depresivno rasploženje (1,9-11). Nakon početne primjene kognitivnih

tehnika u liječenju depresije (12), navedena istraživanja su doprinijela primjeni ovih tehnika i u drugim indikacionim područjima. Prvi sveobuhvatni prikaz kognitivno-bihevioralnih tehnika u liječenju kronične boli objavljen je u radu Turka, Meichenbauma i Genesta 1983. godine (13). Najčešće primjenjivane tehnike su bihevioralna aktivacija, tehnike opuštanja, tehnike rješavanja problema, planiranje postupnog povećanja dnevnih aktivnosti i kognitivno restrukturiranje. Brojna randomizirana kontrolirana istraživanja potvrđuju učinkovitost KBT u liječenju kronične boli. U zaključima recentnog Cochrane sustavnog pregleda stoji da je KBT učinkovit tretman u liječenju kronične boli osobito u usporedbi s listom čekanja ili uobičajenim tretmanom, te da nema potrebe za dalnjim provođenjem randomiziranih kontroliranih istraživanja koja bi ispitivala učinkovitost ovog pristupa (14) čime se potvrđuju rezultati ranije provedenih sustavnih pregleda i meta-analiza (15). Skromniji rezultati u odnosu na druge aktivne tretmane nameću potrebu za dalnjim istraživanjima kojima bi se ustanovilo koje su KBT tehnike učinkovite kod određenih tipova pacijenata i pokušalo dati odgovore na pitanje zašto (14). Postoje i sustavni pregledi, te meta-analize kojima se željelo istražiti kolika je učinkovitost KBT u bolnim sindromima vezanim za određeni tip boli ili određeno tjelesno područje. Istraživanja učinkovitosti KBT u tretmanu kronične boli u leđima ukazuju na dobre rezultate liječenja u odnosu na listu čekanja u smanjenju jačine boli, ali ne i kvaliteti života i smanjenju depresivnih simptoma (16). Novija Cochraine meta-analiza ukazuje na učinkovitost bihevioralnih tretmana na smanjenje jačine boli u leđima osobito tijekom i neposredno nakon tretmana, te slabijim učinkom u dugotrajnom praćenju. U zaključku se ističe potreba za većom kvalitetom znanstvenih istraživanja čime bi se povećala pouzdanost dobivenih rezultata (17). Sustavni pregled bihevioralnih tretmana glavobolje ukazuje na smanjenje intenziteta boli za 30-60 % nakon tretmana (18). U Cochraine sustavnom pregledu učinkovitosti KBT kod orofacialne boli zaključuje se da primjena KBT rezultira dugoročnim poboljšanjima u obliku smanjenja jačine boli, depresije i povećanja aktivnosti, no i ovdje se ukazuje na potrebu za kvalitetnijim istraživanjima kojima će se s većom pouzdanošću potkrijepiti rezultate (19). Nadalje, meta-analize potvrđuju učinkovitost KBT i u tretmanu artritisa i fibromialgije (20,21).

Kao i svaka druga znanstveno utemeljena metoda, KBT se mijenja, evoluira. Uvode se nove tehnike poput kognitivno-bihevioralne terapije zasnovane na usmjerenoj svjesnosti i terapije prihvaćanjem i posvećenošću. Naglasak je na procesu mišljenja i promjenama u načinu na koji mislimo, tj. doživljavamo i prosuđujemo svoje misli više nego na sadržaju misli. U liječenju kronične boli se iskustvenim metodama više potiče promjena odgovora osoba s kroničnom boli na simptom nego promjenu samog simptoma (22).

## CILJ RADA

Cilj rada je prikazom psihoterapijskog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom iznijeti osnovu razumijevanja, konceptualizacije, primjene tehnika i evaluacije u kognitivno-bihevioralnom pristupu.

## PRIKAZ PACIJENTA

### *Opći podaci*

Pacijent u dobi od 31 godine, SSS, zaposlen, živi sa majkom i bratom koji je stopostotni invalid. Javlja se zbog svakodnevnih vrlo intenzivnih glavobolja. Nikada nije imao značajnijih zdravstvenih problema, bio je zadovoljan obiteljskim funkcioniranjem, rado se družio, imao hobije i izlazio s prijateljima. Radio je, bio učinkovit u rješavanju problema, posvećen poslu koji je volio i u kojem je imao jako dobre rezultate.

### *Opis problema*

Prije godinu dana, „iz punog zdravlja“, bez ikakvih prethodnih simptoma, pacijent je osjetio razdiruću bol u glavi nakon koje je uslijedio epileptični napadaj. Događaja se sjeća fragmentarno, nejasno, ono što najbolje pamti je „smrtna“ bol u glavi. Prevezan je u KBC Rijeka i hitno operiran zbog intrakranijskog krverenja koje je posljedica puknuća moždane aneurizme. Nakon početnog poboljšanja stanja uslijedile su komplikacije s povećanjem intrakranijskog tlaka i infekcijom zbog čega je u tri navrata ponovno podvrgnut kirurškim zahvatima tijekom narednih 6 mjeseci kojima je uspostavljen uredan intrakranijski tlak i dobro opće stanje bez neuroloških posljedica. Nakon ot-

pusta, redovito se kontrolira u neurokirurškoj ambulanti, dijagnostičke pretrage ukazuju na stacionaran nalaz nakon operacije, a liječnici su mu preporučili postupni povratak ranijem načinu života bez posebnih ograničenja. Mada su ga liječnici uvjerali da više nema organske osnove za takav intenzitet tegoba, on i dalje osjeća vrlo jaku glavobolju, brine za svoje zdravlje i život, pita se što će dalje biti s njim, ne spava dobro, pojačano se znoji, osjeća pritisak u prsištu, grč u želucu, nadutost zbog čega jede samo hranu za dojenčad i tekuće nutritivne pripravke. Osjetljiv je na promjene vremena, toplinu, zagušljive prostore. Na bolovanju je, povlači se, zanemaruje druženja, vrijeme provodi u kući, ne izlazi bez pratnje, obitelj je zabrinuta. Odlazi redovito i u ambulantu za bol, uzima analgetike koji pružaju ograničeni terapijski učinak, te mu je preporučen psihijatrijski pregled. Tijekom psihijatrijskog intervjuja, uz iscrpne anamnističke podatke, učini se i inicijalna evaluacija primjenom numeričke analogne ljestvice za ocjenu intenziteta boli od 0 do 10. Anksioznost je procijenjena primjenom Beckove ljestvice za anksioznost (23), depresivnost primjenom Beckove ljestvice za depresivnost (24), kvaliteta života Ljestvicom kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol (25) (sl. 1).

Psihologiskom obradom je potvrđeno mnestičko funkcioniranje na razini prosjeka, bez odstupanja u smislu organske cerebralne disfunkcije. Upitnik ličnosti ukazuje na dominantnu zaokupljenost tjelesnim funkcioniranjem, a anksioznost konvergira u somatske smetnje, uz naglašenu potrebu za socijalnim priznavanjem. Postavljena je dijagnoza Kronični bolni sindrom (Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj) F45 (6). Dogovoren je psihoterapijski tretman prema kognitivno-bihevioralnim principima.

### *The American Chronic Pain Association*

### **Ljestvica kvalitete života**

(mjerjenje razine funkcioniranja za osobe s kroničnom boli)

#### **Disfunkcionalnost**

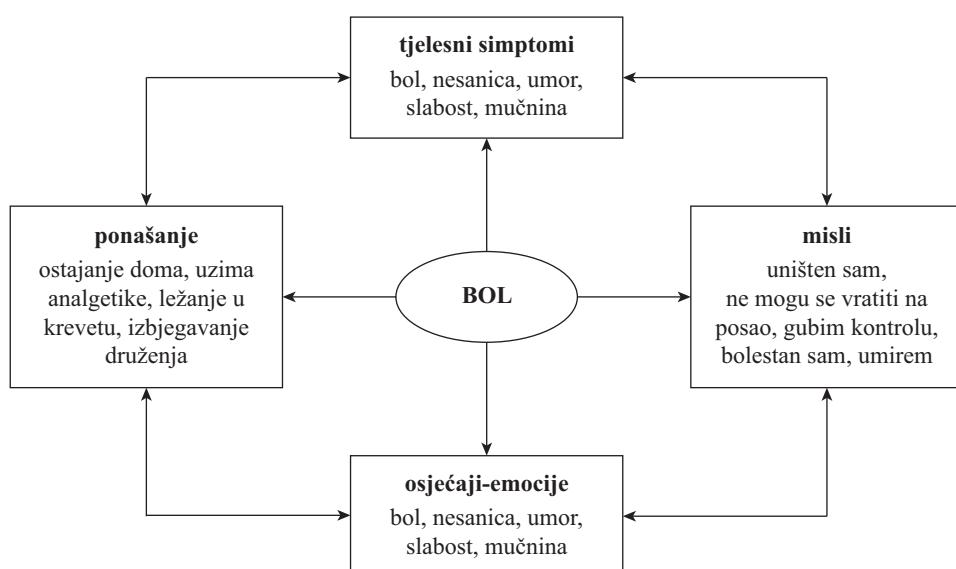
1. Cijeli dan sam u krevetu. Osjećam se beznadežno i bespomoćno.
2. Ostajem u krevetu najmanje pola dana. Nemam kontakt s vanjskim svijetom.
3. Obučem se ujutro. Minimalne aktivnosti doma. Kontakti telefonom, preko e-pošte.
4. Napravim sitne poslove kod kuće. Minimalne aktivnosti izvan kuće dva dana u tjednu (na početku tretmana)
5. Mučim se, ali ispunim dnevne kućne obaveze. Bez vanjskih aktivnosti. Nisam u stanju raditi.
6. Radim ograničeni broj sati. Sudjelujem u ograničenim socijalnim aktivnostima tijekom vikenda (na kraju tretmana).
7. Radim nekoliko sati/dan. Mogu biti aktivan barem pet sati/dan. Mogu raditi planove za jednostavne aktivnosti tijekom vikenda.
8. Radim najmanje 6 sati/dan. Imam energije za planiranje društvenih aktivnosti tijekom vikenda. Aktivan vikendom.
9. Radim 8 sati/dan. Sudjelujem u obiteljskom životu. Ograničene društvene aktivnosti vani.
10. Odlazim na posao svaki dan. Normalne dnevne aktivnosti svaki dan. Društveni život i izvan posla. Imam aktivnu ulogu u obiteljskom životu.

#### **Normalna kvaliteta života**

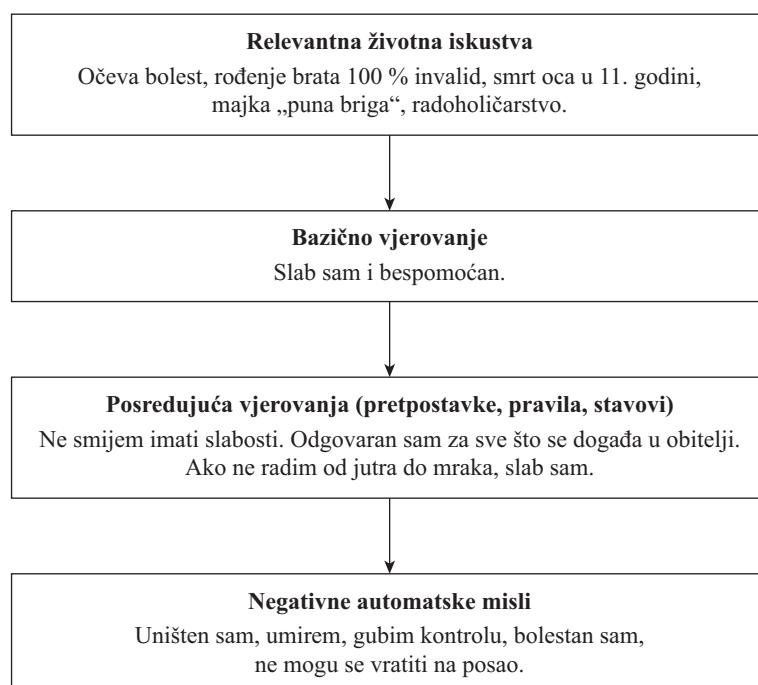
Sl. 1. Ljestvica kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol

### Kognitivna konceptualizacija problema pacijenta

U tretmanu je primjenjeno znanje i iskustvo stečeno tijekom tri stupnja edukacije iz kognitivno-bihevioralne terapije koju provodi Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT), te nekoliko priručnika za terapeute (26-28). Na sl. 2 je prikazan pacijentov „začarani krug“ kronične boli koji uključuje osjetnu, emocionalnu, kognitivnu, ponašajnu komponentu koja ga održava. Na sl. 3 prikazana je konceptualizacija problema koja prikazuje



Sl. 2. „Circulus vitiosus – začarani krug“ kronične boli



Sl. 3. Kognitivna konceptualizacija

povezanost pacijentovih automatskih negativnih misli s posredujućim vjerovanjima (stavovi, pravila, prepostavke) i bazičnim vjerovanjem o vlastitoj bespomoćnosti. Tjelesna bolest je reaktivirala bazično vjerovanje koje proizlazi iz relevantnih životnih iskustava rezultirajući silaznom spiralom kognitivnih distorzija (najčešće su bile catastrophizacija, dihotomno mišljenje, imperativi) na razini posredujućih vjerovanja i automatskih negativnih misli, te izbjegavajućim i sigurnosnim ponašanjima koja su dodatno

pojačala anksioznost i depresivno raspoloženje. Tijekom tretmana, primjenom kognitivnih i bihevioralnih tehnika postignuta je promjena kognitivnih shema koje narušavaju kvalitetu života bolesnika. Promijenila se i percepcija boli kao upozorenja na bolesno stanje organizma, bol je prihvaćena kao stvarna i objektivno prisutna, a ne kao rezultat subjektivne odgovornosti i krivnje pacijenta, postignuto je adekvatnije suočavanje koje podrazumijeva postupno prihvaćanje kronične boli i činjenice da katkada nije moguće postići potpuni prestanak boli.

#### Cilj tretmana

Ciljevi tretmana bili su usmjereni na adekvatnije suočavanje s boli, povećanje tjelesne aktivnosti i socijalnu aktivaciju

#### Tijek tretmana i primjenjene tehnike

Tijekom 6 mjeseci održano je 14 susreta, sve terapijske seanse su snimane uz pristanak pacijenta.

1. *Psihoedukacija.* Pacijent je upoznat s time kako misli, osjećaji i ponašanja održavaju krug boli, te prepoznao da bol doživljava tjelesno, ali i emocionalno. U vlastitim životnim situacijama je prepoznao sve navedene komponente boli. Na primjeru fantomske boli pojašnjen mu je i mehanizam doživljavanja boli u odsutnosti oštećenog tkiva.
2. *Samomotrenje.* Pacijent je vodio dnevnik aktivnosti i boli upisujući intenzitet, ali i trajanje boli. Uvidio je kako je bol zavladala većim dijelom dana i u značajnoj mjeri reducirala njegove aktivnosti tijekom dana, dok je preostale aktivnosti promijenio prilagodivši ih doživljaju boli (način na koji spava, jede, ustaje, hoda, radi i sl.). Prepoznao je brojna izbjegavajuća i sigurnosna ponašanja, npr. izbjegavanje vježbanja, izlazaka, kontakata s radnim kolegama, hobija, izlazio je iz kuće samo kad bi morao i nikada bez pratnje, češće posezao za analgeticima.
3. *Bihevioralna aktivacija.* Samomotrenje je bilo osnova za postupnu bihevioralnu aktivaciju. U KBT se uvijek počinje s postupnim uvođenjem ugodnih aktivnosti i to onih koje su pacijentu osobno važne, a nakon toga se uvode manje ugodne aktivnosti i radne obaveze. U tretmanu kronične boli je važno pristupiti na način da se aktivnosti vremenjski odrede uz češće odmore, tj. da pacijent obavlja neku aktivnost određeno vrijeme (15 minuta, sat i sl.), a zatim se odmara. Npr. pacijent je u početku odlazio na pikado 15 minuta, a zatim svaki put sve duže, te nije postavljao cilj obaviti određeni broj partija ili npr. sudjelovanje u cijelom turniru.
4. *Tehnike opuštanja.* Pacijent je osjetio korist od progresivne mišićne relaksacije u opuštanju mišića, ali i smanjenju intrapsihičke tenzije i tjeskobe. Teže je prihvaćao tehniku trbušnog disanja osobito u početku tretmana. Korist je bila u tome da je imao više energije, manje bio „u grču“, a tehnika je poslužila i za preusmjeravanje pažnje s boli.
5. *Tehnika preusmjeravanja pažnje.* Pacijent je napravio kartice suočavanja s popisom nekoliko aktivnosti koje su mu odvraćale pažnju s boli i koje je primjenjivao kada bi neka situacija kao okidač pokrenula krug boli.
6. *Kognitivno restrukturiranje.* Pacijent je nastojao tijekom boli zabilježiti misli koje su bol pojačavale i održavale. Tijekom seansi prepoznavao je u njima kognitivne distorzije i posljedične emocionalne reakcije i razinu intenziteta boli. Nakon što su automatske negativne misli tehnikom silazne strelice povezane s posredujućim vjerovanjima i bazičnim vjerovanjem o vlastitoj slabosti, naučio je davati alternativne odgovore koji su djelovali na smanjenje emocionalnog odgovora, povećanje samoučinkovitosti i mijenjanje ishoda na bihevioralnoj razini.
7. *Bihevioralni eksperiment.* Smanjenje neadekvatnih odgovora na situaciju u smislu povlačenja i izbjegavanja omogućilo je i izlaganje situacija koje su doživljavane opasnim, što je također imalo učinak na distorzirani kognitivni model. Npr. dogovoreno je izlaganje većim okupljanjima ljudi (što je zbog moguće pojave boli ranije izbjegavao). Otišao je s društvom na lokalnu proslavu mladog vina. Unatoč boli, ostao je koliko je planirao, nije se dogodila očekivana katastrofa, te je išao i nekoliko narednih dana. Vlastitim iskustvom se uvjeroio u neprimjereno vlastitih uvjerenja koje je stvorio na temelju prepostavki.
8. *Prevencija povrata simptoma.* Od početka tretmana pacijent je potican na samostalno provođenje usvojenih tehnika. Zapisivanjem zadaća i bilješki sa seansi pacijent je imao podsjetnik za slučaj pogoršanja. Sve seanse su snimane i pacijent ih je mogao preslušavati kod kuće. Također je isticana potreba i mogućnost generalizacije usvojenih tehnika na različite situacije i različite životne uloge.

## EVALUACIJA

Kognitivno-bihevioralnom terapijom postignuta je redukcija intenziteta i trajanja boli i značajan porast kvalitete života, pacijent se vratio ranijim hobijima, vježba svaki dan, intenzivirao je druženja, opušteniji je, bolje raspolažen, manje zaokupljen brigama, samostalno se kreće i izlazi bez pratnje, vratio se na posao. Učinci tretmana na razinu anksioznosti, depresivnosti i kvalitete života su prikazani u tablici 1. Depresivnost je s blago povišene razine

Tablica 1.

Evaluacija učinaka kognitivno-bihevioralnog tretmana pacijenta s kroničnim bolnim sindromom tijekom vremena

	Početak tretmana	1 mjesec od početka tretmana	3 mjeseca od početka tretmana	Kraj tretmana (6 mjeseci od početka)	12 mjeseci od početka tretmana
Intenzitet boli (0-10)	9	8	7	7	
Trajanje boli (sati/dan)	5,5	4	3	1,5	
BAI	40	32	24	17	
BDI	16	11	13	9	
Kvaliteta života (ACPA)	4	4	5	6	9

Skraćenice: BAI-Beckova ljestvica anksioznosti, BDI-Beckova ljestvica depresivnosti, ACPA- Ljestvica kvalitete života Američkog udruženja za kroničnu bol

pala ispod razine kliničke značajnosti, dok je anksioznost s razine teže anksioznosti pala na razinu blago povišene.

Pacijent je dragovoljno dao pristanak na dijeljenje i razmjenu informacija u stručnim glasilima i prikaz na stručnim skupovima.

## ZAKLJUČAK

Kognitivno-bihevioralna terapija je sastavni dio multimodalitetnog i multidisciplinarnog tretmana pacijenata s kroničnim bolnim sindromom. Time se uz druge modalitete liječenja, pridonosi smanjenju intenziteta i trajanja boli, ali i poboljšanju drugih dimenzija na psihosocijalnoj i kognitivnoj razini čime se značajno utječe na stupanj subjektivnog osjećaja patnje i općeg funkcioniranja, te općenito na poboljšanje kvalitete života pacijenata s kroničnim bolnim sindromom.

## LITERATURA

- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007; 133: 581-624.
- H. Merskey, N. Bogduk. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. U: IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain, Second Edition. Seattle: IASP Press, 1994, 209-214.
- Hayes BJ, Craig KD, Wing PC. Diagnostic judgment: Chronic pain syndrome, pain disorder, and malingering. *BCMJ* 2002; 44: 312-16.
- Melzack R, Katz J. Pain assessment in adult patients. U: McMahon SB, Koltzenburg M, ur. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5th Ed. London: Elsevier, 2006; 291-304.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: APA, 2013.
- MKB-10 - Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija. Folnegović Šmalc, V. ur. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-9.
- Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, MO: Mosby, 1976.
- Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2011; 7: 216-24.
- Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 745-58.
- Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30: 77-94.
- Beck A, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York, NY: Guilford Press, 1979.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. New York, NY: Guilford Press, 1983.
- Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 14: CD007407.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; 26: 1-9.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW i sur. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 7: CD002014.
- Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neuro Sci* 2007; 28(Suppl. 2): 70-7.
- Aggarwal VR1, Lovell K, Peters S, Javidi H, Joughin A, Goldthorpe J. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (11): CD008456.

20. Knittle K, Maes S, de Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 1460-72.
21. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010; 151: 280-95.
22. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York, NY: Guilford Press, 2004.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
24. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
25. Cowan P, Kelly N. Quality of Life Scale, A Measure of Function for People with Pain, American Chronic Pain Association. 2003. [http://www.theacpa.org/documents/Quality\\_of\\_Life\\_Scale.pdf](http://www.theacpa.org/documents/Quality_of_Life_Scale.pdf)
26. Otis JD. Managing Chronic Pain: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide (Treatments That Work) 1st Edition. New York, NY: Oxford University Press, 2007.
27. Hadjistavropoulos T, Craig KD, eds. Pain: Psychological Perspectives. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.
28. Moore RJ, ed. Handbook of Pain and Palliative Care: Behavioral Approaches for the Life Course. New York, NY: Springer Science+Business Media, 2012.

## SUMMARY

### COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF CHRONIC PAIN

M. LETICA CREPULJA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chair of Psychiatry and Psychologic Medicine, Medical Faculty, University of Rijeka and

<sup>2</sup>Rijeka University Hospital Center, Department of Psychologic Medicine, Rijeka, Croatia

*Pain is a complex biopsychosocial phenomenon, not just a sensory experience. Chronic pain affects all aspects of a person: physical, cognitive, emotional, social, labor, sexual and spiritual. Patients often complain of symptoms such as anxiety, depressed mood, insomnia, fatigue and others. By describing the psychotherapeutic treatment of a patient with chronic pain syndrome, we will present a basis for understanding, conceptualizing, implementing and evaluating the techniques of the cognitive-behavioral approach. The conceptualization of the problem is as follows: The patient underwent cognitive-behavioral treatment for a headache that had lasted for one year. This physical disease reactivated a basic belief about his helplessness, resulting in avoidance and safety behaviors which reinforced the anxiety and depressed mood. The goals of treatment were to deal adequately with the pain, social activation and increasing physical activity. The following techniques were applied: psychoeducation, self-monitoring and behavioral activation, relaxation techniques, distraction techniques, cognitive restructuring, behavioral experiment and prevention of the recurrence of symptoms. Evaluation: A reduction of the intensity and duration of pain, reduction in levels of depression and anxiety and a significant increase in quality of life including returning to work and active participation in family and social life were achieved by cognitive-behavioral therapy. Conclusion: Cognitive-behavioral therapy is an important part of multimodal and multidisciplinary treatment of patients with chronic pain.*

**Key words:** chronic pain syndrome, cognitive-behavioral treatment (CBT)

## KOMENTAR ZAKONA O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Uredila Velinka Grozdanić; izdavač Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2015.

Nedavno se navršila godina dana kako je na snazi (od 1. siječnja 2015.) novi<sup>1</sup> Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS). Nakon što je radna skupina napravila prijedlog ZZODS-a, Hrvatski ga je sabor prihvatio u lipnju 2014. Vrlo brzo nakon toga predsjednica radne skupine za izradu prijedloga Zakona, prof. Velinka Grozdanić, pokrenula je „projekt“ pisanja komentara Zakona. Komentar je pisalo osam (Jasnica Garašić, Miroslav Goreta, Kristijan Grđan, Velinka Grozdanić, Sunčana Roksandić Vidlička, Marisabell Škorić, Dražen Tripalo i Ivica Veselić) od 14 njegovih tvoraca. Osobno mi je, mada sam bio član Povjerenstva za izradu Zakona, pripala čast biti recenzentom Komentara.

U ovom prikazu Komentara ZZODS-a („s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava“) uglavnom navodim svoje opservacije na Komentar navedene u recenziji rukopisa. Na kraju je prikaz, odnosno popis priloga.

Recenziji rukopisa *Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama* pristupio sam s dvostrukim, suprostavljenim osjećajima. Naime, s jedne strane osjetio sam da bih recenzirajući dostavljeni mi rukopis mogao biti „u konfliktu interesa“, jer sam i sam bio član radne skupine za izradu Nacrta Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama pa bih, s obzirom da je urednica Komentara bila predsjednica te radne skupine, a ostali autori njezini članovi s kojima sam sudjelovao u izradi prijedloga Zakona, u svojim ocjenama i preporukama mogao biti nekritičan te „tekst pustiti“, iako on to možda ne zasluzuje. S druge strane pomislio sam da je dobro da ja kao član radne skupine za izradu Nacrta ZZODS-a budem recenzent, jer u komentaru mogu lakše prepoznati duh i ideologiju na kojima je Zakon nastao, a time mogu napisati i „dobru“ recenziju kojom bih mogao i dopuniti, no ne u smislu traženja da se tekst Komentara dopunjava, ono što je u Komentaru izostalo.

Bilo kako bilo, prihvatio sam se recenzije i pomno iščitavao tekst Komentara „sudarajući“ ga s tekstrom Zakona, a imajući u vidu sve okolnosti u kojima je zakon pisan i ono na čemu je temeljen (a što je, kako sam mogao iz dostavljenog mi rukopisa razabratи, dobro predstavljeno u Komentaru).

Prije bilo kakvog atribuiranja i kvalificiranja rukopisa Komentara, navodim da sam u prvom susretu s tekstrom ostao, na neki način, iznenađen. Poznajući dobro autore Komentara i znajući za njihova uža stručna opredjeljenja, ali i njihove sklonosti „autorskom pristupu“ (što ih ne diskvalificira za grupni rad!), očekivao sam, naime, da će pojedina područja (poglavlja?) Zakona, pa makar bi se to moralno i međusobno isprepletati, autori pisati kao autorske uratke, a da bi, onda, urednički posao bio međusobno uskladihanje i ujednačavanje, ne samo interpretacije i tumačenja zakonskih načela, nego i stila. No, „od toga ništa“! Tekst je pisan „zajednički“, a svi autori su zajednički odgovorni za svaki ispisani redak Komentara. Ni uvodni dio, koji je očito, kako se iščitava iz „rukopisa“, pisala urednica Velinka Grozdanić, nije potpisana imenom autora, odnosno autorice, pa tako pripada svim „autorima“. Jedino je „prilog“ Miroslava Gorete, i to pod naslovom koji je očito preuređila urednica, „Osvrt liječnika psihijatra i dugogodišnjeg stalnog sudskog vještaka za psihijatriju dr. sc. Miroslava Gorete na provođenje psihijatrijskog vještačenja u sudskim postupcima u Republici Hrvatskoj“ samostalni autorski uradak! No, iznenađenje je (bilo i ostalo) samo posljedica ustaljenog očekivanja (recenzenta). Iščitavanjem teksta, ovo prvotno iznenađenje je izbljedilo, a slijedilo je „iznenadenje“ drugog predznaka – uskladenost Komentara koji je pisalo osam autora je takva da se pojedinačni pristupi gotovo i ne primjećuju. Ovo svjedoči o očito velikom naporu i uspjehu urednice na ujednačavanju, kako rekoh, i sadržaja i stila Komentara.

Predimo sada na pojedine, konkretne, dijelove Komentara.

<sup>1</sup> „Stari“, sada već bivši, ZZODS je onaj iz 1987. koji je bio na snazi, uz dvije izmjene i dopune, od 1. siječnja 1998. do 31. prosinca 2014. godine.

U uvodnom dijelu je na relativno sažet, ali dovoljno jasan i informativan način, opisano na kojim je osnovama i u kojim okolnostima, odnosno u kakvom kontekstu, je ZZODS, koji je Hrvatski Sabor prihvatio 13. lipnja 2015. godine, koji je objavljen u Narodnim novinama od 24. lipnja 2014. (NN 76/2014), a stupio na snagu 1. siječnja 2015. godine, nastao. Polazišna osnova bila je doseći visoke standarde zaštite prava osoba s duševnim smetnjama i to na temeljima rezolucija Svjetske zdravstvene organizacije, Vijeća Europe, Vijeća europske unije i Opće skupštine UN-a, te na temeljima mnogobrojnih propisa i zakona koji reguliraju postupanje s duševnim bolesnicima u Republici Hrvatskoj (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Kazneni zakon, Zakon o kaznenom postupku, Obiteljski zakon, Zakon o socijalnoj skrbi, Zakon o izvršenju kazne zatvora, Zakon o radu te, kao najvažniji, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 1997. godine). Autori Komentara se pozivaju na četrdesetak raznih zakona, deklaracija, konvencija, protokola, sudske odluke. Opisuje se geneza nastanka ZZODS-a iz 1997., njegova primjena i razlozi koji su doveli do odluke da se početkom drugog desetljeća 21. stoljeća ide u izradu novog ZZODS-a. Posebno je zanimljivo ono što se navodi o kontroverzama koje su pratile donošenje i provođenje ZZODS-a i na psihijatrijskoj i na pravničkoj strani te osjećajima članova radne skupine za izradu nacrta novog Zakona koji su sudjelovali i u kreiranju Zakona iz kraja 90-ih godina. Naime, i tada, a posebno sada, susreli su se s problemom kako pomiriti visoke standarde zaštite prava osoba s duševnim smetnjama priznate konvencijskim pravom, potvrđene brojnim presudama ESLJP-a, s postojećom praksom, ja bih dodao i mogućnostima postupanja prema osobama s duševnim smetnjama u RH koji, ipak, zaostaje za njima. Zato su kreatori Zakona nastojali naći rješenja kojima će se postići kompromis između visokih standarda i očekivanja (i prema zahtjevima Europskog suda za ljudska prava) i realiteta u kojem će ta visoka očekivanja biti prihvaćena i implementirana.

Slijedi prikaz i komentar Zakona po pojedinim glavama (Zakon je strukturiran u dvanaest međusobno odvojenih glava unutar kojih su smještene zakonske odredbe koje su sadržajno povezane).

U prvoj glavi koja obuhvaća opće odredbe propisuje se sadržaj Zakona i način ostvarenja zaštite osoba s duševnim smetnjama. Tu su i definirani pojmovi (njih 19) koji se koriste u Zakonu. Uz definiciju svakog pojma slijedi komentar i pojašnjenje zašto je to tako i gdje su izvori tom danom pojmu i tumačenju. Značajno je naglasiti da je ovim Zakonom pojam „duševna smetnja“ značajno drugačije definiran, nego u prethodnom ZZODS-u. Definiranjem „duševne smetnje“, kao „poremećaja prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja“, praktičarima se daje šira sloboda poimanja same bolesti, a time i veća širina pristupa u svakodnevnom radu. Ovdje je dobro uputiti na definicije i njihova tumačenja, teže duševne smetnje, dobrotljnog i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te smještaja bez pristanka.

U okviru temeljnih načela (Glava II.) osobito se naglašava zaštita dostojanstva osoba s duševnim smetnjama u svim okolnostima, primjena medicinskih postupaka u njihovom najboljem interesu i samo uz njihov pisani pristanak, poštivanje i uvažavanje njihovih izbora, potreba i želja u medicinskim postupcima i na taj ih se način tretira kao ravnopravne subjekte u postupku njihovog liječenja te osiguravanje sudske nadzore kod svakog prisilnog zadržavanja osobe u psihijatrijskoj ustanovi.

Treće poglavje i njegova pravila, ono koje regulira pitanja prava osoba s duševnim smetnjama, komentira se u kontekstu vremena koje bi se moglo označiti kao ono u kojem se „glorificiraju ljudska prava“, no u kojem je društvo, prema mišljenju autora, baš na zaštiti dostojanstva osoba s duševnim smetnjama, „osobito kada se radi o poštivanju i uvažavanju osoba s duševnim smetnjama..., „palo na ispit““. Uz ostalo, tu se ističe i obrazlaže zahtjev da osoba s duševnim smetnjama u svakom momentu mora biti upoznata sa svojim pravima i poučena o tome kako ih može ostvariti. Jedno od „kontroverznih“ prava, ono korištenje mobitela, komentatori Zakona samo podvlače, no ni u kojem slučaju ne dovode u pitanje. Potreba za ovakvim određenjem ovog prava vjerojatno je posljedica „nesporazuma“ s psihijatrijskim osobljem koje ima problema s ovim pravom, a na koje se bolesnici eksplicitno pozivaju, kada ga bolesnici koriste u vrijeme određenih terapijskih aktivnosti (grupna psihoterapija, radno-okupacijska terapija), odnosno u vrijeme kada konzumiranjem tog prava narušavaju i svoj terapijski proces, kao i terapijski proces drugih hospitaliziranih bolesnika. No, očekuje se da bi se posvećivanjem ovog prava i njegovim razumijevanjem u kontekstu odnosa „prava i obveza“, uspostavila poželjna ravnoteža te da će se ovo pravo koristiti u svrhu liječenja i rehabilitacije, a ne „konzumiranje prava samo zbog prava“.

Kada je riječ o posebnim medicinskim postupcima i biomedicinskim istraživanjima onda treba naglasiti da se u Komentaru praktički i ne komentira, nego samo upućuje na odredbu, psihokirurgije i kastracije koje su zabranjene. Glede primjene elektrokonvulzivne terapije koja se ovim Zakonom dodatno ograničava, u Komentaru se naglašavaju razlozi daljnje restrikcije primjene ove metode liječenja. Komentar dobro obrazlaže ova ograničenja, no mnogi psihijatri će pitati je li dobro što je EKT u ovo vrijeme označen „tolikom opasnom metodom liječenja“ da ga se može primijeniti samo ako na njega bolesnik svojim potpisom pristane (naime, EKT je baš indiciran u slučajevima kada bolesnik, zbog svojih intrapsihičkih, psihotičnih motiva, nije kadar potpisati informirani pristanak!?). I biomedicinska istraživanja na duševnim bolesnicima su stavljena pod strožu kontrolu o čemu je u Komentaru dano primjereno obrazloženje iz kojeg se, čak, može iščitati da su ovakve odredbe posljedica dosadašnje nedovoljno transparentne prakse u kojoj je moglo biti zloupotreba, a da bi, nakon „daljnog sazrijevanja društva“ te odredbe mogle biti i „olabavljene“. Jedna od najvećih novosti na ovom planu

je to da svaku studiju (ispitivanja lijekova) mora odobriti nadležno Povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama (koje je sada u nadležnosti Ministarstva pravosuđa) koje treba i izvještavati o provođenju biomedicinskog istraživanja.

Problem zaštite tajnosti podataka i postupanja s medicinskom dokumentacijom u ovom su Zakonu na tragu dobre kliničke medicinske etike, prakse i zaštite ljudskih prava. Dobra obrazloženja svih tih odredbi i njihovog duha, posebno kroz ilustracije okolnosti u kojima se može i treba odstupiti od rigidnog pravila „šutnje“, ovom Komentaru daje dodatnu kvalitetu. To se odnosi i na „raspravu“ o odnosu psihijatara s medijima i ulozi medija koji u borbi za čitatelje i gledatelje često zanemaruju prava i dobro duševnih bolesnika.

Problem zadržavanja i smještaja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu svakako je najintrigantnije i najinteresantnije, ali i, vjerojatno, najteže pitanje koje ZZODS rješava. Uz institut dobrovoljnog smještaja uz pisani pristanak (ova odredba se uvodi kao *novum* u odnosu na rješenje ovog instituta u prijašnjem ZZODS-u) osobe s duševnim smetnjama i prisilnog smještaja odlukom suda, uveden je i smještaj bez pristanka osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu koja nije sposobna dati pristanak, ako pisani pristanak za njezin smještaj daje osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik. U Komentaru su detaljno opisani i obrazloženi svi postupci koje treba poduzeti prigodom svih vrsta hospitalizacije, a koji proizlaze iz Zakona. Psihijatrima, čini se, neće promaknuti činjenica da je, prema mišljenju mnogih od njih, hospitalizacija osoba koje ne mogu dati pristanak, ali i nemaju kapaciteta ni odbiti hospitalizaciju (smještaj bez pristanka) – radi se npr. o osobama koje boluju od uznapredovale demencije ili su delirantne – svedena, ako ove osobe nemaju zakonskog zastupnika ili osobu od povjerenja, na istu razinu kao i hospitalizacija osoba s težim duševnim smetnjama koje su opasnost za sebe ili druge...

Posebno je značajna odredba ZZODS-a po kojoj sudac, ako je očito iz samog prijedloga ustanove i ako se on kao „laik“ u to uvjeri nakon razgovora s bolesnikom, ne mora tražiti psihijatrijsko vještačenje potrebe prisilnog smještaja. Sve je to izvrsno obrazloženo u Komentaru i nakon takvih pojašnjenja u praksi ne bi trebalo biti problema. Isto tako nedvojben je stav da psihijatrijska ustanova mora osigurati prostor za sudsku raspravu i da bolesnik, ako je to ikako moguće, mora prisustvovati raspravi!

Koliko se odredbama „hospitalizacijskog prava“ pridaje pozornosti, ilustrira i to da se u Komentaru, nakon pojedinog članka iz ovog područja, podsjeća na kaznene i prekršajne odredbe, odnosno upozorava se na iznos kazne koju bi, kršeći pojedinu odredbu, mogla platiti psihijatrijska ustanova i njezina odgovorna osoba.

Mjere prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama, a koje su u nekim slučajevima neminovnost, dobro

su postavljene i obrazložene i to u kontekstu zaštite dostojanstva osoba s duševnim smetnjama. Posebnu kvalitetu ovog dijela Komentara, kao i nekih drugih dijelova (prišilna hospitalizacija), čine primjeri iz prakse Europskog suda za ljudska prava.

Obvezujuća izjava (glava IX. Zakona) novi je institut (i zato je pitanje kako će se implementirati?), uveden u Zakon s ciljem, kako je navedeno u Komentaru, „jačanja autonomije, samoodređenja i samostalnog odlučivanja u primjeni medicinskih postupaka“. Radi se o naredbama (smjernicama) postupanja za slučaj buduće nesposobnosti očitovanja volje (tzv. anticipirana naredba). Naime, osoba izjavom ovjerenom kod javnog bilježnika ovlasti osobu od povjerenja da umjesto nje daje ili uskraćuje pristanak na određene medicinske postupke. Objasnjenjima i komentarima pojedinih članaka ove glave, institut obvezujuće izjave dobro je predstavljen čitateljima i svima onima koji će ga koristiti.

Povjerenstvu za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, o kojem se govori u glavi X. posvećena je posebna pažnja. Od ovog Povjerenstva se, prema onome što stoji u Zakonu i kako se navodi u Komentaru, „puno očekuje“. Ova očekivanja impliciraju se samim premještanjem Povjerenstva iz nadležnosti Ministarstva zdravlja (bivši ZZODS) u nadležnost Ministarstva pravosuđa. Povjerenstvu se daju velike ovlasti, a čini se, još veće dužnosti. Zbog toga, psihijatar praktičar, kao što je autor ove recenzije, izražava bojazan da bi kod članova budućeg Povjerenstva moglo doći do „inflacije oduševljenja“ te svodenja rada Povjerenstva na rutinu koja neće donijeti novu kvalitetu. No, barem će, prije nego se dogodi ta „inflacija“, položaj i uloga Povjerenstva „prodrmati“ hrvatsku psihijatrijsku scenu. Kao psihijatar praktičar, očekujem da će, radeći poslove iz svoje nadležnosti, ovo Povjerenstvo, iako mu to nije osnovna zadaća, štititi psihijatriju i psihijatre od (neopravdanog) medijskog linča koji je zadnjih godina sve češći.

Navodeći da je ZZODS „bez ikakve sumnje najznačajniji pravni mehanizam u zaštiti osoba s duševnim smetnjama“ komentirajući prekršajne odredbe (glava XI.) autori Komentara podvlače i upozoravaju provoditelje Zakona, odnosno one koji liječe i brinu o osobama s duševnim smetnjama, na posljedice neprovođenja zakonskih odredbi koje štite osobe s duševnim smetnjama. Za svaki pojedini prekršaj predviđena je kazna za pravnu i fizičku osobu, a koliko je značenje potrebe pažnje u postupanju ili propustu postupanja s osobama s duševnim smetnjama, autori pokazuju (i) tako da o pojedinim prekršajnim odredbama i visini kazne za pojedine postupke ili propuste govore dva puta – prvi put uz članak na koji se prekršajna odredba odnosi, a drugi put uz komentar prekršajnih odredbi.

Na kraju, komentirajući prijelazne i završne odredbe – glava XII., autori Komentara pojašnavaju kako će biti riješeni oni slučajevi čije je rješavanje započeto po prijašnjem ZZODS-u. Isto tako opisuje se potreba i način donošenja

provedbenih propisa i koja će pravila važiti do donošenja tih pravila. Tu je i obrazloženje završnih odredbi kojima se određuje koji propisi prestaju važiti stupanjem na snagu novog Zakona, odredbe koje propisuju koji postojeći provedbeni propisi ostaju na snazi te odredbe koje određuju dan stupanja na snagu novog Zakona.

Uz ovaj komentar Komentara po pojedinim glavama Zakona, dodajem da su značajan dio ovog Komentara njegovi prilozi. Već je nešto rečeno o prilogu Miroslava Gorete. Ostali prilozi (pripremila ih je Dalida Rittossa) značajno obogaćuju ovaj Komentar i upućuju na kontekst u kojem je Zakon izrađen i donesen.

U zaključku konstatiram da je Komentar ZZODS, urednice Velinke Grozdanić i autora Jasnice Garašić, Miroslava Gorete, Kristijana Grđana, Velinke Grozdanić, Sunčane Roksandić Vidlička, Marisabell Škorić, Dražena Tripala i Ivice Veselića djelo koje ima ne samo stručnu nego i znanstvenu dimenziju. Znanstvena dimenzija se ogleda u činjenici da su sve odredbe ZZODS-a uspoređene i komentirane s nizom literaturnih navoda, a posebno ih se promatra i komentira u kontekstu niza zakona, deklaracija, konvencija, protokola i sudske odluke (ESLJP). Komentar je pisan jednostavno i stilom koji omogućuje da ga lako čitaju i razumiju i pravni laici. On pojašnjava mnoge članke Zakona i daje naputke kako ih pravilno i zakonito primijeniti. Time postaje nezaobilazno štivo koje će u svojoj svakodnevnoj praksi koristiti psihijatri i drugi djelatnici u psihijatriji, suci, odvjetnici, pravnici, liječnici i svi oni koji se susreću s psihijatrijskim institucijama, koji sami trebaju psihijatrijsku pomoć ili je trebaju članovi njihovih obitelji.

Sada, imajući knjigu u rukama, dodatno ističem značenje priloga uvrštenih u ovu knjigu. Tu su uvršteni *Provedbeni propisi* (pripremila Mirta Kuharić) koji donose odredbe po kojima će se Zakon provoditi. Tu su npr. *Pravilnik o sadržaju isprave o prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi*, *Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama* i još četiri druga pravilnika. U prilogu *Primjeri sudske*

*odлуka* (pripremili Jasnica Garašić, Dražen Tripalo i Ivica Veselić) nalazi se 17 primjera sudske odluke nadležnog suda (županijskog suda koji donosi relevantne odluke koje se odnose na pravnu poziciju psihijatrijskog bolesnika – prisilna hospitalizacija i slično) te četiri primjera sudske odluke kaznenog suda (primjer Rješenja o određivanju mjere opreza liječenja na slobodi, Presuda kojom se utvrđuje da je optuženik počinio protupravno djelo u stanju neubrojivosti i kojim se određuje prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu i drugi). Prilog *Izvaci iz relevantnih međunarodnih dokumenata* upućuju na 12 najrelevantnijih dokumenata koji govore o pravima osoba s duševnim smetnjama (Nirnberški kodeks, Opća deklaracija o ljudskim pravima itd). Psihijatrima i stručnjacima drugih profila koji na bilo koji način u svom radu dolaze u kontakt s duševnim bolesnicima posebno je interesantan i važan četvrti prilog u kojem se nalazi 16 sažetaka presuda *Europskog suda za ljudska prava kojima su postavljeni standardi za zaštitu prava osoba s duševnim smetnjama* (izabrala i pripremila Dalida Rittossa). Među njima je i šest presuda ESLJP protiv Republike Hrvatske.

Na kraju su popis literature, kazalo pojmljiva, tumačkratica i bilješka o autorima i suradnicima.

Zaključujući recenziju koju sam pisao za potrebe izdavača preporučio sam „da se Komentar objavi kako bi bio dostupan svima koji se u svom radu susreću s osobama s duševnim smetnjama, osobama s duševnim smetnjama i njihovoj rodbini“, a sada, kada knjigu sa zanimanjem i užitkom čitam i listam, preporučujem svim hrvatskim psihijatrima, pravnicima koji se susreću s problemima osoba s duševnim smetnjama, svim socijalnim radnicima, psihologima i socijalnim pedagozima te medicinskim sestrama koje rade u psihijatriji da ovaj Komentar stalno imaju na svom radnom stolu kako bi im bio ne samo knjiga za konsultaciju, nego i za stalno podsjećanje na potrebu zaštite i unaprijeđenja prava osoba s duševnim smetnjama.

VLADO JUKIĆ

## NORMAN LOUIS FARBEROW, PIONIR ZNANSTVENOG PROUČAVANJA SUICIDA

Norman L. Farberow osnivač je prvog Američkog sveobuhvatnog centra za prevenciju suicida. Pomogao je uvesti znanstveno proučavanje suicida u akademske vodeće struje. Umro je u Los Angelesu, Kalifornija, Sjedinjene Američke Države, u 97-oj godini. Njegovu je smrt objavila *Didi Hirsch Mental Health Services*, organizacija koja je smještena u Culver City (Kalifornija, SAD) s kojom je prof. dr. Farberow bio dugo povezan.

Norman Louis Farberow rodio se u Pittsburghu, Pennsylvania, 12. veljače 1918. godine. Diplomirao je psihologiju i obranio je magisterij na Sveučilištu u Pittsburghu. U sklopu ratnog zrakoplovstva u Drugom svjetskom ratu služio je u Europi. Godine 1950. stekao je doktorat znanosti iz psihologije na Sveučilištu u Kaliforniji u Los Angelesu (UCLA), pišući disertaciju na temu ličnosti suicidalnih bolesnika.

Dr. Farberow je radio kao klinički psiholog u bolniči Ministarstva branitelja u Los Angelesu kada ga je dr. Shneidman uključio u svoju studiju oproštajnih pisama. U kasnim 40-tim godinama prošlog stoljeća pregledavanjem spisa suicida iz svih mrtvačnica-prosektura okruga Los Angelesa služba dr. Shneidmana otkrila je oproštajna pisma.

Dugotrajni kulturološki tabui prema suicidu su od samoubojstva *de facto* napravili i tabu predmetom za znanstvena istraživanja. Sredinom prošlog stoljeća dr. Farberow i njegovi suradnici bili su među prvim istraživačima koji su ispitivali psihološke aspekte suicida. Njihov je posao pomogao u kreiranju akademske discipline poznate kao suicidologija.

Tijekom vremena prikupljena je kolekcija od više od 700 oproštajnih pisama napisanih između 1944. i 1953. godine. Iz tih oproštajnih pisama dr. Shneidman i dr. Farberow su izdvojili 33. Potom su angažirali 33 demografski odgovarajuća nesuicidalna dobrovoljca da napišu simulirana oproštajna pisma. Uočili su da se u simuliranim oproštajnim pismima koristi dramatičniji jezik, dok su originalna oproštajna pisma pedantnija, npr. sadržavala su popis zadataka i prigodnih poslova koje članovi obitelji trebaju izvršiti nakon smrti onih koji su ih napisali. Istraživači su

zaključili da je jezik autentičnih oproštajnih pisama odavao konfliktnе osjećaje suicidanata o postupku koji će uslijediti. Istraživači su u članku „Tragovi do suicida“ (*Clues to suicide*, Public Health Reports, 1956.) naveli da „stvarni pisci oproštajnih pisama očito prihvacaјu i inkorporiraju ideju da uskoro više neće biti živi“, te da su ostavljali detaljne upute za budućnost „[koje] mogu odražavati u nekim dijelovima konfuzne, nelogične i paradoksalne motivacije za svoj suicidni čin“.

Zajedno s psihologom Edwin S. Shneidmanom i psihijatrom Robert E. Litmanom, dr. Farberow je osnovao 1958. godine u Los Angelesu Centar za prevenciju suicida. Centar je ubrzo prvi u zemlji otvorio i 24-satnu telefonsku liniju za sprječavanje suicida, tzv. „Hot Line“, na kojoj su radili profesionalni savjetnici i izučeni volonteri. Kasnijih godina djelatnost Centra je također uključivala preventivne treninge stručnjaka za sprječavanje suicida, kao i edukaciju pravnih službenika i policajaca koji su se bavili prisilnim odvođenjem suicidanata u bolnicu te ospozobljavanjem suportivnih grupa za obitelji pogodene suicidom nekog njihovog člana.

Ranih 60-tih dr. Farberow i suradnici bili su pioniri psihološke autopsije, tehnike određene kao duboka biografska studija: rigorozno pretraživanje medicinskih zapisa i intervjuja s obitelji i prijateljima, a koja se mogla upotrijebiti u određivanju problema je li određenu smrt moguće klasificirati kao suicid. Godine 1962., nakon što je Marilyn Monroe pronađena mrtva u svom domu u Los Angelesu, mrtvozornik je sazvao psihološki tim u kojem su bili uključeni dr. Farberow i dr. Litman da pomognu u odluci je li njezina smrt zbog predoziranja barbituratima bila suicid. Tim je zaključio da je pokušala suicid sedativima u više navrata, ali je svaki put nazvala za pomoć i time bila spašena. „Naše je mišljenje“, napisali su, „da je učinila isto, osim što nije pozvala pomoć“. Istražitelji su proglašili njezinu smrt kao mogući suicid, jer joj je to vjerojatno bila namjera.

Rad dr. Farberowa i njegovih kolega pomogao je u prekidu s dugotrajanim predodžbama o prirodi suicida, poput široko rasprostranjenog uvjerenja da je većina suicidalnih



Dr. Norman Farberow podučava policiju o prevenciji suicida (*Didi Hirsch Mental Health Services*).

ljudi psihotična. Farberow tim je našao upravo suprotno: da većina nije bila dublje duševno bolesna.

Dugo je bilo uvjerenje da ljudi koji prijete da će se ubiti to ne učine. U jednoj studiji dr. Farberow i dr. Shneidman pronašli su da su u tri četvrtine slučajeva suicida, u slučajevima suicida koje su proučavali, subjekti prijetili ili si pokušali oduzeti život i ranije u barem jednom navratu.

Dr. Farberow je umro od komplikacija zbog pada 10. rujna 2015. baš na Svjetski dan prevencije suicida. Kao što je *Didi Hirsch Mental Health Services* objavila povodom njegove smrti, bez rada dr. Farbelowa takav dan sigurno ne bi ni postojao.

Dr. Farberow autor je 16 knjiga, 50 poglavlja, 93 članaka, 3 monografije, 4 priručnika, 3 brošure, 13 recenzija, 6 predgovora, 3 biltena i 1 modula o suicidu. Njegovi su tekstovi prevedeni na japanski, finski, njemački, švedski, francuski, španjolski i korejski jezik. Na temu suicida održao je brojna predavanja te je bio često intervjuiran. Centar za prevenciju suicida, koji je postao modelom za slične programe diljem svijeta, pripojio se 1997. godine Službi za mentalno zdravlje (*Didi Hirsch Mental Health Services*).

VESNA LECHER-ŠVARC i  
LJUBOMIR RADOVANČEVIĆ

## KONGRESI U 2016. GODINI

**American Psychoanalytic Association National Meeting**  
New York, 12 – 17. siječnja 2016.

**4<sup>th</sup> Child and Family Behavioral Health Conference**  
Abu Dhabi, 28 – 30. siječnja 2016.

**30<sup>th</sup> Annual International Conference on Child and Family Maltreatment**  
San Diego, 25 – 28. siječnja 2016.

**Pediatric Psychopharmacology Update Institute**  
New York, 29 – 30. siječnja 2016.

**29<sup>th</sup> British Neuropsychiatry Association Annual General Meeting**  
London, 11 – 12. veljače 2016.

**18<sup>th</sup> National Conference Dementias**  
London, 11 – 12. veljače 2016.

**American College of Psychiatrists Annual Meeting**  
Rio Grande, 17 – 21. veljače 2016.

**5<sup>th</sup> Annual International Conference on Cognitive and Behavioral Psychology**  
Singapur, 22 – 23. veljače 2016.

**Treating the Addictions**  
Boston, 4 – 5. ožujka 2016.

**Society for Personality Assessment Annual Convention**  
Chicago, 9 – 13. ožujka 2016.

**24<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry**  
Madrid, 12 – 15. ožujka 2016.

**5<sup>th</sup> European Conference on Clinical Neuroimaging**  
Rim, 14 – 15. ožujka 2016.

**2<sup>nd</sup> International Conference on Deep Brain Stimulation**  
Düsseldorf, 15 – 16. ožujka 2016.

**27<sup>th</sup> Annual Meeting American Neuropsychiatric Association**  
San Diego, 16 – 19. ožujka 2016.

**4<sup>th</sup> Eating Disorders International Conference**  
London, 17 – 19. ožujka 2016.

**ECNP Workshop for Junior Scientist in Europe**  
Nica, 17 – 20. ožujka 2016.

**18<sup>th</sup> International Neuroscience Winter Conference**  
Sölden, 2 – 6. travnja 2016.

**ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology**  
Venecija, 3 – 8. travnja 2016.

**13. hrvatski psihijatrijski dani**  
Opatija, 6 – 9. travnja 2016.

**12<sup>th</sup> International Conference on Psychiatry „Psychiatry in General Medicine“**  
Jeddah, 7 – 9. travnja 2016.

**American Academy of Clinical Psychiatry Psychiatry Update**  
Chicago, 10 – 12. travnja 2016.

**31<sup>st</sup> International Conference of Alzheimer's Disease International**  
Budimpešta, 21 – 24. travnja 2016.

**23<sup>rd</sup> International Symposium about Current Issues and Controversies in Psychiatry**  
Barcelona, 28 – 30. travnja 2016.

**24<sup>th</sup> World Family Therapy Congress**  
Kona, 30. ožujka – 2. travnja 2016.

**International Conference on Eating Disorders**  
San Francisco, 5 – 7. svibnja 2016.

**International Conference on Sleep Spindling**  
Budimpešta, 12 – 14. svibnja 2016.

**60<sup>th</sup> American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry Annual Meeting**  
Atlanta, 12 – 14. svibnja 2016.

**169<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Psychiatric Association**  
Atlanta, 14 – 18. svibnja 2016.

**23<sup>rd</sup> Annual International „Stress and Behavior“ Neuroscience and Biopsychiatry Conference**  
St. Petersburg, 16 – 19. svibnja 2016.

**Recent Advances in Neuropsychiatric, Psychological and Social Sciences**  
Atena, 17 – 20. svibnja 2016.

**20. dani psihologije**  
Zadar, 19 – 21. svibnja 2016.

**International Review of Psychosis and Bipolarity**  
Rim, 22 – 24. svibnja 2016.

**13<sup>th</sup> Congress of the European Federation on Sexology**  
Dubrovnik, 25 – 28. svibnja 2016.

**American Society of Clinical Psychopharmacology Annual Meeting**  
Scottsdale, 31. svibnja – 3. lipnja 2016.

**Alzheimer's Disease Congress**  
London, 7 – 9. lipnja 2016.

**76<sup>th</sup> Annual Convention of the Canadian Psychological Association**  
Victoria, 9 – 11. lipnja 2016.

**World Congress on Brain, Behavior and Emotions**  
Buenos Aires, 12 – 15. lipnja 2016.

**56<sup>th</sup> International Neuropsychiatric Congress**  
Pula, 15 – 18. lipnja 2016.

**105<sup>th</sup> Annual Meeting American Psychoanalytic Association**  
Chicago, 17 – 19. lipnja 2016.

**ECNP School of Neuropsychopharmacology**  
Oxford, 26. lipnja – 1. srpnja 2016.

**Royal College of Psychiatrist International Congress**  
London, 27 – 30. lipnja 2016.

**10<sup>th</sup> FENS Forum of Neuroscience**  
Kopenhagen, 2 – 6. srpnja 2016.

**30<sup>th</sup> CINP World Congress of Neuropsychopharmacology**  
Seul, 3 – 5. srpnja 2016.

**37<sup>th</sup> STAR Conference „Stress and Anxiety in the Changing Society“**  
Zagreb, 6 – 8. srpnja 2016.

**24<sup>th</sup> Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development**  
Vilnius, 10 – 14. srpnja 2016.

**18<sup>th</sup> Annual Conference of the International Society for Bipolar Disorders**  
Amsterdam, 13 – 16. srpnja 2016.

**124<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association**  
Denver, 4 – 7. kolovoza 2016.

**18<sup>th</sup> International Conference on Psychological Science**  
Pariz, 22 – 23. kolovoza 2016.

**46<sup>th</sup> European Association of Behavioural and Cognitive Therapies Annual Congress**  
Stockholm, 31. kolovoza – 3. rujna 2016.

**5. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihiatriji s međunarodnim sudjelovanjem, „Na prvoj crti zdravlja“**  
Osijek, 15 – 17. rujna 2016.

**29<sup>th</sup> ECNP Annual Congress**  
Beč, 17 – 20. rujna 2016.

**Treating Schizophrenia**  
London, 19 – 20. rujna 2016.

**5<sup>th</sup> International Conference on Alzheimer's Disease and Dementia**  
London, 29. rujna – 1. listopada 2016.

**22<sup>nd</sup> Congress of the European Association for Psychotherapy**  
Zagreb, 30. rujna – 1. listopada 2016.

**8. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti**

Tučepi, 5 – 10. listopada 2016.

**American Psychiatric Association The Mental Health Services Conference**

Washington, 6 – 9. listopada 2016.

**18<sup>th</sup> International Psycho Oncology Society Congress**

Dublin, 17 – 21. listopada 2016.

**24. godišnja konferencija hrvatskih psihologa**

Opatija, 9 – 12. studenog 2016.

**32<sup>nd</sup> International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting**

Dallas, 10 – 12. studenog 2016.

## PREDMETNO I AUTORSKO KAZALO ZA VOLUMEN 43/2015.

### PREDMETNO KAZALO

- Agresivnost – klinička slika kao mogući prediktor u bolesnika sa shizofrenijom 3
- Alzheimerova bolest – muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda 12
- Anksioznost socijalna – grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata 191
- Anksioznost zdravstvena – kognitivno bihevioralni tretman – prikaz bolesnice 227
- Biblioterapija i prevencija suicida – psihodinamski aspekti 20
- Bihevioralno-kognitivna terapija – 20. obljetnica Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivnu terapiju 181
- Bihevioralno-kognitivni tretman grupni studenata sa socijalnom anksioznosti 191
- Bol kronična i posttraumatski stresni poremećaj – neurobiološka podloga biopsihosocijalnog odnosa 67
- Bol kronična – kognitivno-bihevioralni pristup liječenju 243
- Bolnica Vrapče kao nakladnik – stručnjaci Bolnice kao autori knjiga 156
- Depresija i anksioznost na internetskim stranicama – [www.depresija/anksioznost.hr](http://www.depresija/anksioznost.hr) ... - informacije 209
- Depresija u kardioloških bolesnika: presječna studija 87
- Depresija uzrokovana stresnim životnim dogodajima – uloga socijalnog radnika u socio-terapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja 36
- Depresivnost žena koje su u postupku medicinski potpomognute oplodnje 111
- Dermatitis seboroični kod psihijatrijskih bolesnika liječenih antipsihoticima 44
- Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja. Peto izdanje.DSM-5 PK 49
- Distanazija i pravo pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti – stavovi studenata medicine, prava i psihologije 129
20. obljetnica Škole psihoterapije psihoza u Dubrovniku – osvrt 164
- EMDR i kognitivno-bihevioralna terapija u tretmanu fobije od krvi i injekcija 219
- Fobia od krvi i injekcija – metoda EMDR i kognitivno-bihevioralna terapija u tretmanu 219
- Gratifikacija progresivna – odnos sekundarne dobiti prema progresivnoj gratifikaciji 151
- Hrvatska psihijatrijska publicistica – prikaz knjige 47
- Invaliditet – iskustva stručnjaka o nasilju nad osobama s invaliditetom 59
- Izgradnja, dogradnje i adaptacije zgrada i drugih infrastrukturnih objekata Bolnice „Vrapče“ od 1877. do 1014. godine (iz povijesti Bolnice „Vrapče“ – osvrt 169
- Kognitivno-bihevioralna terapija i metoda EMDR u tretmanu fobije od krvi i injekcija 219
- Kognitivno-bihevioralna terapija mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima – kognitivne tehnike 183
- Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju kronične boli 243
- Kognitivno-bihevioralni pristup seksualnim poremećajima kod žena 235
- Kognitivno-bihevioralni tretman zdravstvene anksioznosti – prikaz bolesnice 227
- Kongresi u 2016. godini 256
- Marija Novaković – interakcija između bolesti i slikarske kreativnosti 95
- Mentalni poremećaji – istraživanja provedena za potrebe poglavlja u MKB-11: informacije za članove Svjetske psihijatrijske organizacije V 51
- Mindfulness* – učinci 8-tjednog tečaja na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu – preliminarni nalazi 199
- Mindfulness* – usredotočena svjesnost: primjena u djece i adolescenata 142
- Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću 12
- Nasilje – iskustva stručnjaka o nasilju nad osobama s invaliditetom 59
- Norman Louis Farberow, pionir znanstvenog proučavanja suicida 254
- Oplodnja medicinski potpomognuta – depresivnost žena koje su u postupku 111
- Osobe s duševnim smetnjama – komentar Zakona 250
- Pismo zahvale O. Koića 103

- Posttraumatski stresni poremećaj i kronična bol – neurobiološka podloga biopsihosocijalnog odnosa 67
- Psihijatrija D. Begić, V. Jukić, V. Medved – prikaz knjige 99
- Psihijatrijska vještacanja – knjiga III., novi doprinosi, kontroverze, perspektive – prikaz knjige M. Goreta, M. Bojić 174
- Psihoterapija psihoza – 20. obljetnica Škole psihoterapije psihoza u Dubrovniku – osvrt 164
- Psihoze – 20. obljetnica Škole psihoterapije psihoza u Dubrovniku 164
- Samoubojstvo žena i muškaraca na području Bjelovarsko-bilogorske županije – razlike 73
- Seksualni poremećaji kod žena – kognitivno-bihevioralni pristup 235
- Seksualno zlostavljanje djece – dobne razlike u nekim obiteljskim i psihosocijalnim karakteristikama 26
- Sekundarna dobit – odnos prema progresivnoj gratifikaciji 151
- Shizofrenija – klinička slika kao mogući prediktor agresivnosti u bolesnika 3
- Shizofrenija – povezanost osobne stigme i socijalne samoufikasnosti osoba s dijagnozom shizofrenije 121
- Slikarska kreativnost – Marija Novaković – interakcija između bolesti i slikarske kreativnosti 95
- Socijalni radnik – uloga u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovanе stresnim životnim dogođajima 36
- Stavovi studenata medicine, prava i psihologije prema distanaziji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti 129
- Stigma osobna i socijalna samoufikasnost – povezanost u osoba s dijagnozom shizofrenije 121
- Stres na poslu i izraženost općih psihopatoloških teškoća – učinci 8-tjednog tečaja „*mindfulness*“ na izraženost 199
- Suicid. Fenomenologija i psihodinamika – prikaz knjige A. Mindoljević Drakulić 101
- Suicid – Norman Louis Farberow, pionir znanstvenog pručavanja suicida 254
- Suicid – psihodinamski aspekti biblioterapije i prevencija suicida 20
- Suvremeni pristup prvim psihotičnim poremećajima D. Ostojić i sur. – prikaz knjige 172
- Škola psihoterapije psihoza u Dubrovniku – 20. obljetnica 164
- Usredotočena svjesnost – *mindfulness*: primjena u djece i adolescenata 142
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – komentar 250

## AUTORSKO KAZALO

- Bagarić B. 209  
 Barbarić D. 199  
 Bekavac J. 111  
 Bilić P. 3  
 Boričević Maršanić V. 142, 172, 183  
 Braš M. 67  
 Britvić D. 44  
 Buljan Flander G. 26  
 Buljevac M. 59
- Čatipović M. 73  
 Čatipović V. 73
- Degmećić D. 73  
 Drobac D. 73
- Đorđević V. 67
- Esapović Greš N. 151
- Filaković P. 171  
 Frančišković T. 49
- Grah M. 164  
 Greš A. 151
- Horvat K. 121
- Jakovčić I. 191  
 Jelenić Herega N. 235  
 Jendričko T. 36  
 Jokić-Begić N. 209  
 Jukić V. 3, 99, 156, 174, 250  
 Juranić B. 129  
 Jurman J. 209

- Karapetrić-Bolfan Lj. 142, 183  
Koić O. 103  
Kostelić-Martić A. 219  
Kovačević A. 12  
Lecher-Švarc V. 20, 254  
Letica S. 47  
Letica Crepulja M. 243  
Leutar Z. 59  
Ljubotina D. 129  
Markanović D. 199, 227  
Matijaca B. 169  
Matijević V. 87  
Mijaljica G. 44  
Mikšić Š. 129  
Milošević M. 3  
Mužinić L. 12  
Nekić M. 111  
Ostojić D. 36  
Paradžik Lj. 142, 183  
Petrović Z. 3  
Profaca B. 26  
Prvulović Mirković T. 227  
Radovančević Lj. 20, 254  
Sabljar A. 44  
Sisek-Šprem M. 3  
Spitzmüller D. 95  
Stjepanović M. 36  
Šarić D. 183  
Šerić M. 67  
Šesto K. 59  
Šklebar D. 73  
Štimac D. 26  
Štrkalj-Ivezić S. 121  
Tasovac D. 87  
Tucak Junaković I. 111  
Turudić D. 95  
Urlić I. 101  
Vlastelica M. 87  
Zečević I. 142, 183  
Živčić Bećirević I. 181, 191



## UPUTE AUTORIMA

Časopis *Socijalna psihijatrija* objavljuje znanstvene, stručne i pregledne radove, prikaze bolesnika, lijekova i metoda, osvrte, novosti, prikaze knjiga, pisma uredništvu i druge priloge iz područja socijalne psihijatrije i srodnih struka, uz uvjet da već nisu objavljeni u drugim časopisima ili knjigama.

Iznimno redakcija može prihvati i drugu vrstu rada (prigodni rad, rad iz povijesti strike i sl.) ako ga ocijeni korisnim za čitateljstvo.

Radovi se tiskaju na hrvatskom ili engleskom jeziku.

### **Oprema rukopisa**

Rad i svi prilozi dostavljaju se isključivo u elektroničkom obliku. Regularna duljina teksta iznosi do najviše 20 kartica (1 kartica sadrži 1800 znakova s razmacima). Tekstove treba pisati u Wordu, kontinuirano, istim fontom – onim koji je postavljen za stil Normal, bez isticanja unutar teksta, osim riječi koje trebaju biti u boldu ili italicu. Naslove pisati istim fontom kao osnovni tekst (stil Normal), u zaseban redak, a hijerarhiju naslova označiti brojevima (npr. 1., 1.1., 1.1.1. itd.). Brojevi se ne moraju zadržati u radu, ali su putokaz za veličinu odnosno važnost (hijerarhiju) naslova.

Znanstveni i stručni radovi sadrže ove dijelove: uvod, cilj rada, metode, rezultati, rasprava i zaključci.

*Uvod* je kratak i jasan prikaz problema; u njemu se kratko spominju radovi onih autora koji su u izravnoj vezi s istraživanjem što ga rad prikazuje.

*Cilj* je kratak opis cilja i svrhe istraživanja.

*Metode* se prikazuju tako da se čitatelju omogući ponavljanje opisana istraživanja. Metode poznate iz literature ne opisuju se, već se navode izvorni literarni podaci. Ako se navode lijekovi, rabe se njihova generička imena (u zagradi se može navesti njihovo tvorničko ime).

*Rezultate* treba iznijeti jasno i logično. Značajnost rezultata treba prikazati statistički. Svi mjerni rezultati navode se u SI jedinicama.

*Rasprava* je završni dio rada u kojemu se opisuju i tumače rezultati te uspoređuju s postojećim spoznajama na tom području.

*Zaključci* moraju odgovoriti postavljenom cilju rada.

Početna stranica rada sadrži: naslov rada, puna imena i prezimena autora, ustanovu u kojoj je rad napravljen te adresu prvoga autora, preko kojeg će se obavljati korespondencija. Ako su autori iz različitih ustanova, treba ih sve navesti.

Sažetak treba sadržavati do 200 riječi. U sažetku treba navesti temu i svrhu rada, metodologiju, glavne rezultate i kratak zaključak. Ispod sažetka treba napisati 2 do 5 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikaciju klasifikaciju sadržaja rada. Sažetak treba napisati na hrvatskom i engleskom jeziku.

Tablice treba formatirati unutar Word-dokumenta na mjestu na kojem se pojavljuju, na način da se i unutar osnovnog teksta označi poziv na tablicu – ako se tablica daje u formatu slike (tj. nije izradena u Wordu), za nju vrijede upute kao za slike.

Slike treba priložiti kao posebni dokument u .tiff ili .jpg (.jpeg) formatu, minimalne rezolucije 300 dpi. Uz broj, svaka slika treba imati legendu, a svaka tablica naslov. Reprodukciju slike i tablica iz drugih izvora treba popratiti dopuštanjem njihova autora i izdavača.

U tekstu se literarni podatak navodi arapskim brojem u zagradi. Popis literature piše se na posebnom papiru, rednim brojevima prema redoslijedu kojim se citat pojavljuje u tekstu. Literatura se citira prema Vancouver skupštinskom stilu:

*a) rad*

Skrzypnička D, Szmigelska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Arch Psych Psychoth 2013; 2:29-35.

*b) poglavje u knjizi*

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) Oxford Textbook of Psychopathology. New York: Oxford University Press, 2009.

*c) knjiga*

Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology. New York: Wiley, 2013.

Radovi se šalju na adresu Uredništva ([socijalna.psихijatrija@kbc-zagreb.hr](mailto:socijalna.psихijatrija@kbc-zagreb.hr)). Urednički odbor šalje prispjeli rad na anonimnu recenziju. Ako recenzent(i) predlože promjene ili dopune rada, kopija recenzije dostavlja se autoru radi ispravaka. Odluku o tiskanju ispravljenog rada donosi Uredništvo. Redoslijed objavljivanja radova određuje Uredništvo. Prvi autor dobiva probni otisak rada na korekturu. Korigirani otisak treba vratiti na adresu Uredništva u roku od tri dana.

Objavljeni članci predstavljaju stavove i mišljenja autora koji preuzimaju punu odgovornost za sadržaj rada i točnost svih navedenih literarnih podataka. Objavljeni materijal može biti reproduciran samo uz pismenu suglasnost Uredništva i Izdavača.

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The journal *Socijalna psihijatrija* publishes scientific and professional papers, editorials, reviews, case reports, reports on drugs and methods of treatment, news and book reviews, letters to the editor, and other contributions in the field of social psychiatry and related professions, provided they have not been published or submitted for publication elsewhere. Exceptionally, the Editorial Board may accept other forms of contributions if considered useful for the readers (special occasion papers, papers on the history of the profession, etc.). The papers are published in Croatian or English.

### Manuscript preparation

Manuscripts including figures and tables should be submitted in electronic form. Normally, manuscripts should be no longer than 20 standard pages (one standard page is 1800 keystrokes – characters with spaces). Texts should be written in Microsoft Word, in a continuous font and style: the one set under the Normal style, with no additional font effects used other than words that should be in bold or italic. Titles should be written in the same font as the rest of the text (Normal style) in a separate row, and title hierarchy should be shown using numbers (e.g. 1., 1.1., 1.1.1. etc.). These numbers need not be kept in the published article, but serve to indicate the proper size i.e. importance (hierarchy) of the titles. Original scientific and professional papers should be arranged into sections as follows: Introduction, Aim, Methods, Results, Discussion, and Conclusion(s).

In the Introduction, studies directly related to the present study should be briefly described.

Aim should briefly describe the aim(s) and purpose of the study.

Methods should be presented so as to allow for the reader to replicate them without further explanation. Methods known from the literature need not be described but should simply be referred to by their generic names (trade names should be given in parentheses).

Results should be presented clearly and logically. Significance of the results should be expressed statistically. All measurement results should be listed in SI units.

Discussion is the final part of the paper in which the results are more extensively described and interpreted in the context of relevant literature reports and the state of the art in the field.

Conclusions should contain the answer to the issue stated in the Aim.

The title page should contain: the title of the article, full first and second names of all authors, the institution where the study was conducted, and the address of the corresponding author. If authors have different affiliations, all should be listed.

The article should contain a Summary not exceeding 200 words, briefly describing the topic and aim, the methods, main results, and conclusion. The summary should be followed by 2-5 key words for easy identification and classification of the contents of the article. The summary should be submitted in both Croatian and English, regardless of the language used in the text.

Tables should be placed in the Word document where they are to appear in the published article, and should be cited in the text – if the table is submitted as an image (i.e. it is not constructed in Microsoft Word), the same instructions as for figures apply.

Figures should be submitted as separate image files in .tiff or .jpg format, with a minimum resolution of 300 dpi. Every figure should have a number and caption, and every table should have a title. Reproduction of figures and tables from other sources should be accompanied by a full reference and authorization by their authors and publisher.

The list of references should be written on a separate page, numbered with Arabic numerals according to the first appearance in the text. The Vancouver style should be followed (see examples below).

a) *Journal article*

Skrzypieńska D, Szmigelska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Arch Psych Psychoth* 2013; 2:29-35.

b) *Book chapter*

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2009.

c) *Book*

Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. New York: Wiley, 2013.

Manuscripts should be sent to the address of the Editorial Board ([socijalna.psихијатрија@kbc-zagreb.hr](mailto:socijalna.psихијатрија@kbc-zagreb.hr)). The Editorial Board sends manuscripts for anonymous review. If the reviewer(s) suggest amendments or changes to the paper, a copy of the reviewer's opinion is sent to the author for appropriate corrections. The decision whether to publish the corrected manuscript lies with the Editorial Board.

The sequence in which articles will be published in the journal is set by the Editorial Board.

Galley proofs are sent to the first/responding author for correction and should be sent back to the technical editor within three days.

Published articles represent the opinions and positions of the authors, who take full responsibility for their contents and the accuracy of all references. Published materials can be used only with written permission of the Editorial Board and the Publisher.