

UDK 159.964.2

Primljeno: 30. 07. 2018.

Stručni rad

Professional paper

Lejla Halilović

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI MODEL U TRETMANU GENERALIZIRANOG ANKSIOZNOG POREMEĆAJA

Anksioznost je jedna od uobičajenih emocionalnih reakcija. Osnovna tema koja zaokuplja osobe sa anksioznim poremećajem je opasnost. S druge strane, normalna anksioznost je adekvatna reakcija organizma i za sve ljude je dio svakodnevnog života. Kod nekih osoba govorimo o anksioznosti kao neadekvatnoj reakciji ili anksioznom poremećaju kada njezin intenzitet značajno odstupa od onog koji bi odgovarao realnoj opasnosti ili kada opasnost objektivno ne postoji. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) karakterizira izražena i nerealistična zabrinutost, koja traje šest mjeseci ili duže uz tjelesne simptome kao što su: drhtanje, znojenje, nesanica, osjećaj kratkog daha ili gušenje, pritisak u grudima, lupanje srca, abdominalne tegobe. Cilj ovog rada jeste prikazati kognitivno-bihevioralni terapijski pristup u tretmanu GAP-a sa povremenim paničnim napadima. U radu je opisan plan i tok tretmana sa odgovarajućim kognitivno-bihevioralnim tehnikama u cilju ublažavanja anksioznih simptoma, prihvatanja i nošenja s njima, na primjeru 26-godišnje klijentice. Za provjeru mentalnog statusa korišteni su mjerni instrumenti: Beck Anxiety Inventory (BAI), Panic Inventory (PI).

Klinička evaluacija efikasnosti tretmana pokazala je značajno snižen intenzitet i učestalost anksioznih simptoma i paničnih napada što se očituje u promjeni disfunkcionalnih kognitivnih šema i efikasnom svakodnevnom funkcionisanju.

Ključne riječi: anksioznost; generalizirani anksiozni poremećaj; kognitivno-bihevioralna terapija

UVOD

U svakodnevnom životu se susrećemo sa situacijama u kojima primjereno i razumno reagiramo s određenom količinom anksioznosti. Anksioznost sama po sebi ne predstavlja abnormalnu reakciju, već je dio naslijeđenog repertoara ljudske prirode koji ima svrhu da obezbijedi zaštitu organizma ili osobe (Beck i Emery 1985). Anksiozni poremećaji se razlikuju od normalne, svakodnevne anksioznosti po intenzitetu, dužini trajanja i po tome da li prerastaju u stanja koja ometaju normalno funkcionisanje osobe (Born 2008). Kako bi se razlikovala normalna anksioznost od anksioznog stanja i poremećaja koriste se dijagnostički kriteriji prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i poremećaja, 10. revizija (MKB-10) i američkom Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5).

Klasifikacija anksioznih poremećaja u DSM-5 je sljedeća: separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, specifična fobija, socijalna fobija, panični poremećaj, specifični panični napad, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj uzrokovan psihoaktivnim tvarima, anksiozni poremećaj povezan s ostalim medicinskim stanjima, ostali anksiozni poremećaji i neodređeni anksiozni poremećaji (APU 2014). MKB-10 predstavlja klasifikaciju i kodiranje bolesti, a objavljuje je Svjetska zdravstvena organizacija. U njoj su anksiozni poremećaji svrstani u skupini (F40-F48): neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatofornni poremećaji (SZO 2012).

Prirodno je da određene životne situacije i iskustva navode ljude da stvaraju pretpostavke o sebi i drugima. Te pretpostavke same po sebi ne moraju dovesti do anksioznog poremećaja. U središtu poremećaja anksioznosti leži sklonost ljudi da apsolutistički vrednuju događaje u svom životu apsolutnim zahtjevima „mora“, „treba“. Takva uvjerenja su iracionalna jer obično ometaju ili odmažu u postizanju ciljeva (Ellis i Drayden 2002). Prema ABC formuli emocionalnog poremećaja u racionalno-emocionalno bihevioralnoj terapiji (REBT), kao i u kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT), kada osoba doživljava negativne aktivirajuće događaje (A = od *activating event*), ako ima izraženija iracionalna uvjerenja (B = od *beliefs*), razviće intenzivnije emocionalne poremećaje (C = od *consequences*) nego ako su iracionalna uvjerenja manje izražena (Tovilović 2004).

Anksioznosti, dakle, prethode pogrešne procjene unutrašnje ili vanjske opasnosti, a slijede tjelesne senzacije koje nakon pogrešne interpretacije postaju još intenzivnije i u nekim slučajevima zastrašujuće do te mjere da mogu izazvati panični napad. Kognitivna teorija govori da anksiozni poremećaji nastaju zbog neprimjerenih, „iskriv-

ljenih“ misli, fokusiranih na psihofizičku ugroženost i osjećaja da smo osobno vrlo ranjivi. Kognitivni tretman pomaže osobama identificirati i korigirati kognitivne distorzije, i tako reducirati anksioznost (Deacon i Abramowitz 2004). Bihevioralne teorije o anksioznosti pokazuju snažno preklapanje sa kognitivnim teorijama koje naglašavaju regulatornu kontrolu, interakciju podražaja, misli i saznanja, i mogućnost „pojačavanja kontrole“.

Generalizirani anksiozni poremećaj karakterizira izuzetna i hronična zabrinutost uz povezane tjelesne simptome. Spektar simptoma sastoji se od podražaja vegetativnog sistema (npr. lupanje srca, znojenje, tremor), simptoma koji se odnose na grudni koš (teškoće u disanju, osjećaj gušenja, nelagoda u grudnom košu), simptoma vezanih s mentalnim stanjem (npr. strah od gubitka kontrole, smušenosti, derealizacije) i općih simptoma. Za dijagnosticiranje GAP-a potrebno je da izražena tenzija (npr. mišićna napetost, fizički nemir) i zabrinutost oko svakodnevnih životnih situacija traju najmanje nekoliko mjeseci (Ivezić i sur. 2007). Osobe s GAP-om teško kontroliraju svoju zabrinutost. Sebe opisuju kao „osobe koje brinu cijeli svoj život“, ali su ambivalentne u gledanju na svoj problem brige. Vjeruju da trebaju brinuti kako bi bile pripremljene, ali istovremeno osjećaju da im brige štete i da trebaju prestati brinuti (Leahy, Holland i McGinn 2014). Prema Wellsu (1997) zabrinutost se održava setom vjerovanja o funkciji i opasnosti zabrinutosti. Welssov terapijski model uključuje identificiranje vjerovanja o cijeni i dobiti od zabrinutosti, eksperimente s otpuštanjem i odgađanjem brige, propitivanje izbjegavanja aktivnosti ili misli o kojima osoba brine i konstruiranje pozitivnih ishoda u mašti (Wells i Butler 1997).

Studije pokazuju da je GAP najčešće u komorbiditetu s depresijom, paničnim poremećajem, specifičnom i socijalnom fobijom. Istraživanja sugeriraju da je GAP najčešća bolest kod ljudi koji traže liječničku pomoć zbog fizičkih smetnji uzrokovanih stresom (Barlow 2001). Prevalencija se procjenjuje na oko 3% i češći je u žena. Najčešće se javlja između 20 i 35 godine života (Hotujac i sur. 2006)

Ciljevi u tretmanu GAP-a su smanjiti opći nivo uzbuđenja, smanjiti zaokupljenost brigama i smanjiti brige na razuman nivo. Direktno ili indirektno postižu se terapijski ciljevi kao što su poboljšanje kvalitete života, poboljšanje interpersonalnih odnosa, smanjivanje izbjegavajućih i sigurnosnih ponašanja, traženja potvrde i bolje razumijevanje emocija. U postizanju terapijskih ciljeva kognitivno-bihevioralna terapija podrazumijeva saradnički, kolaborativni, direktivni i integrativni pristup terapeuta.

PRIKAZ KB TRETMANA

Opći podaci

Klijentica M. M. je u dobi 26 godina. Nezaposlena je, dvije je godine u braku i majka je 15-mjesečne djevojčice. Potiče iz potpune porodice koja je preživljavala na ivici siromaštva. Prvo je dijete od dvoje djece u porodici. Odrastala je u teškim uslovima. Odnosi u porodici, bez obzira na uslove života, bili su bliski i emocionalno podržavajući. Zbog uslova života kao starije dijete bila je više izložena svakodnevnim problemima i teškoćama sa kojima su se roditelji suočavali, te se osjećala suodgovornom. Na prvi pogled vidljivo uznemirena, lutajućeg pogleda, ubrzanog govora.

Procjena problema

Stručnu psihološku pomoć klijentica je potražila prema preporuci ljekara opće prakse, nakon što su medicinske pretrage pokazale da za somatske tegobe (bolovi u stomaku, mučnina, teškoće disanja) ne postoji organski uzrok. Kao glavne tegobe klijentica navodi „misli koje je plaše“, često je nervozna, uplašena, impulsivna te ima otežano disanje, pritisak u grudima, mučninu, povraćanje. Prema klasifikaciji DSM-5, klinička slika ukazuje na GAP. Produženo djelovanje propratnih somatskih tegoba dovelo je do pojave paničnih napada (vrtoglavica, lupanje srca, stezanje u grlu).

Procjenom je utvrđeno da se kroz dugogodišnju izloženost teškim životnim uslovima kod klijentice razvio intenzivirani strah i stalna zabrinutost. S vremenom su se u porodici poboljšali egzistencijalni uslovi, ali klijentica nije osjećala veliko olakšanje, već stalni strah i brigu da bi sve to mogla izgubiti i da bi se moglo dogoditi nešto loše. Zbog otežanih uslova odrastanja preuzela je dio roditeljske odgovornosti na sebe. Kaže da oduvijek brine o sebi i drugima. Ova rana iskustva pogodovala su razvoju uvjerenja („ja sam slaba i ranjiva“, „nisam adekvatna“), kao i niz s njima povezanih pravila, pretpostavki i stavova („moram biti uvijek jaka“, „ako se opustim dogodit će se nešto loše“, „ne smijem izgubiti kontrolu“, „anksioznost je opasno stanje po život“). Ove kognitivne distorzije su praćene emocijama straha i anksioznosti, a na tjelesnom planu mišićnom napetošću, nemogućnošću opuštanja, znojenjem, trncima, vrtoglavicom, glavoboljom i stomačnim tegobama. Na ponašajnom planu je na stalnom oprezu, pa tako neprestano provjerava svoje tijelo, osluškuje tjelesne senzacije.

Na osnovu ABC modela kognitivno-bihevioralne terapije utvrđeno je da je aktivirajući događaj konkretna briga povodom koje raste anksioznost, a povišen nivo anksioznosti postaje aktivirajući događaj za još veću anksioznost koja prelazi u panični napad.

Plan tretmana

Kako je pretjerano usmjerena na tjelesne senzacije, pri čemu razvija katastrofične scenarije i interpretacije tih senzacija, primarni cilj je bio redukcija i/ili otklanjanje paničnih napada. Planirane kognitivne intervencije su: kognitivna restrukturacija (identifikacija i modifikacija automatskih misli, rasparava iracionalnih uvjerenja na polju logike, realnosti i funkcionalnosti), emocionalne (racionalano-emocionalna imaginacija) i bihevioralne (bihevioralni eksperiment, ekspozicija).

Tok tretmana paničnog napada

Budući da je suština paničnih napada, po kognitivnom modelu, pogrešna interpretacija simptoma paničnih napada, edukacija o simptomima panike je bila ključna komponenta kognitivnog tretmana. Klijentica je educirana o prirodi nastanka paničnih napada i načinima njihova održavanja u odsustvu stvarne opasnosti, te kako se mogu naučiti i generalizirati. Također je podučena o ABC modelu KBT-a prema kojem će se problem napada panike riješiti otkrivanjem i promjenom kognitivne šeme o prisustvu anksioznih simptoma.

Klijentica je zbog pritiska u grudima sebe hiperventilirala zbog čega je podučena tehnikama disanja, te je dobila zadatak da te tehnike disanja primjenjuje dva puta dnevno po 10 minuta, kako bi smanjila rizik od hiperventilacije i podigla nivo opuštenosti. Od klijentice se tražilo da u zabilježškama paničnih napada vodi evidenciju o tjelesnim simptomima.

Na drugoj sesiji klijentica je izvjestila da ima teškoće pri vježbi disanja i da ne vjeruje da joj tehnika disanja može biti od pomoći. Budući da je indukcija panike ključni element Barlowljeve kontrole panike (Leahy, Holland i McGinn 2014) kod klijentice je inducirana panika hiperventiliranjem kako bi uvidjela da se anksiozni simptomi pojačavaju hiperventiliranjem, te da tehnike disanja i relaksacije pomažu u savladavanju tjelesnih simptoma anksioznosti i sprječavanju napada panike. Osim toga, induciranje panike je klijentici pomoglo da dekatastrofizira simptome paničnog napada.

Centralna kognitivna tehnika koja se koristi u KB tretmanu s klijentima jeste kognitivna restrukturacija. Vodeći se ABC formulom, fokus je bio na traženju uvjerenja (B) koja uzrokuju i održavaju panične napade (C) povodom prisutnosti anksioznosti – anticipacije anksioznosti od budućeg paničnog napada (A). Budući da prema ABC modelu KBT-a uvjerenja (B) stoje iza automatskih misli, Sokratovskim dijalogom, tehnikom 'silazne strelice' klijentici se pomoglo da identificira automatske misli uz pogrešne interpretacije, te ih poveže s konkretnom situacijom, emocijom i tjelesnim

senzacijama. U identifikaciji automatskih misli se pošlo od posljednjeg kritičnog događaja do kompletne mentalne šeme, situacije i reakcije. Nakon što je naučena da identificira misli od klijentice se tražilo da vodi bilješke o mislima u narednih sedam dana na kojima se radilo na narednim seansama.

Uočene su tipične automatske misli (npr. „Srce mi lupa, anksiozna sam“. „Nemam zraka, onesvijestit ću se“. „Niko mi neće moći pomoći i umrijet ću“. „Imat ću panični napad i neću moći izdržati“. „Neću se moći iskontrolisati“. „Počet ću vrištati i poludit ću“. „Drugi misle da uvijek imam sve pod kontrolom, ali sa ovim se ne mogu nositi“.).

Sokratovskim dijalogom je utvrđeno da iza ovih automatskih misli stoji niz disfunkcionalnih pretpostavki i pravila kao što su: „ako ne iskontrolišem anksioznost, poludit ću ili doživjeti infarkt“, „mogla bih umrijeti“, „ako drugi vide da sam slaba misliće da sam bezvrijedna“, „moram biti uvijek jaka“, „moje stanje je strašno i nepodnošljivo“, „ne smijem imati panične napade, jer su odraz moje slabosti“. Ovakva disfunkcionalna šema potiče iz njenih iracionalnih bazičnih vjerovanja: „*Ja sam slaba i nemoćna*“, „*Nemam kontrolu*“, „*Ja nisam dovoljno dobra*“.

U kognitivnom terapijskom modelu osoba sa emocionalnim teškoćama se uči da provjerava istinitost svojih pretpostavki, odnosno da prepozna i promijeni svoje distorzivne misli. Putem vođenog otkrivanja klijentica je uvidjela da je istinski vjerovala da će, ako joj drugi ne pomognu, umrijeti ili poludjeti. Naročito se bojala simptoma vrtoglavice i depersonalizacije, te je vjerovala da će ako izgubi svijest i umrijeti.

Kako je postala svjesna svojih iskrivljenih vjerovanja započelo se s radom na modifikaciji negativnih automatskih misli. Postupak modifikacije je započeo sa provjerom tačnosti mišljenja klijentice, uključujući njenu sklonost da precjenjuje vjerovatnost negativnog ishoda („Imat ću panični napad“), da katastrofizira („Izgubiću kontrolu i poludjeti ili ću umrijeti od infarkta“) i potcijeni svoje sposobnosti suočavanja („Slaba sam i moje stanje je nepodnošljivo“). Također je imala sklonost ka kognitivnoj distorziji čitanja misli („Drugi misle da uvijek imam sve pod kontrolom“ i „Ako drugi vide da sam slaba [anksiozna], misliće da sam bezvrijedna“).

Klijentici se pomoglo da razumije pravilo sadržano u svakoj automatskoj misli kako bi se udaljila od vjerovanja o anksioznosti i panici kao nepoželjnim i nepodnošljivim stanjima. Uz pomoć niza pitanja tehnikama ‘cijene i dobiti’, ‘dokaza za i protiv iskrivljenog mišljenja’, ‘duplog standarda’ direktno se radilo na promjeni pretpostavki i pravila. Osporavanjem disfunkcionalne pretpostavke („Ako ne iskontrolišem anksioznost, poludjet ću ili doživjeti infarkt“) na logičnom, realnom i funkcionalnom planu klijentica se počela udaljavati od nje i zamijenila je samopomažućim

vjerovanjem („Ne moram iskontrolisati anksioznost, iako bih to voljela, i ako je ne iskontrolišem to ne znači da ludim ili umirem i nije odraz moje slabosti i bezvrijednosti, već moje loše reakcije u toj situaciji“). Time je indirektno došlo i do odustajanja od bazičnog vjerovanja („Ja sam slaba i nemoćna“).

Tehnikama razuzasavanja i dekatastrofiziranja klijentica je stekla uvid da je ono što je najmanje *strašno* gore od onoga što je najviše *loše* jer dovodi do samoodmažuce emocionalne reakcije. Nakon što su konstruisana racionalna bazična vjerovanja i kada je klijentica stekla dovoljno argumenata u prilog racionalnom vjerovanju radilo se na jačanju uvjerenosti u alternativne racionalne tvrdnje uz pomoć cik-cak tehnike, tehnike ‘đavoljeg advokata’ i racionalno emocionalne imaginacije (REI). Na petoj seansi klijentica je izvijestila o smanjenoj učestalosti napada panike u proteklom periodu. Ranije su se panični napadi javljali svaki dan, čaki više puta dnevno (sedmično zabilježeno i do 10 napada), a u protekloj sedmici zabilježila je tek 4 panična napada. Na skali od 1 do 10 klijentica nivo anksioznosti subjektivno procjenjuje kao 6-7 (ranija subjektivna procjena bila je 10).

Tok tretmana GAP-a

Budući da su reducirani napadi panike i snižen nivo anksioznosti, stvoreni su uslovi za rad na brigama. Brige klijentice su usmjerene na brige o tome da li će uspjeti realizirati određene životne ciljeve, brigu oko egzistencije, brigu oko zdravlja drugih, brigu oko vlastitog zdravlja, te je okupirana nizom pitanja koja započinju sa *Šta ako...* Uočeno je da svoje brige održava pozitivnim uvjerenjem o brigama („Ako opasnost postoji treba da brinem o njoj, inače sam neodgovorna“) uz misli koje održavaju negativna vjerovanja o zabrinutosti („Moram držati stvari pod kontrolom inače će se dogoditi nešto loše i ja ću biti kriva. Poludjeću od svojih misli“). Uz to, misli su obojene katastrofiziranjem, personalizacijom, čitanjem misli, predviđanjem.

Iz bilješki disfunkcionalnih misli i bilješki paničnih napada klijentica je prepoznala da je zabrinutost čini anksioznom i uvodi u panični napad. U kognitivnoj restrukturalizaciji bavilo se niskom tolerancijom na neizvjesnost, prednostima i nedostacima briga, te uočavanjem razlike između produktivnih i neproduktivnih briga s ciljem rasprave i promjene disfunkcionalnih vjerovanja koja održavaju primarnu brigu. Od klijentice se tražilo da ispita cijenu i dobit zahtijevanja izvjesnosti o predviđenim zamišljenim događajima, te da ispita dokaze o tome da li su brige produktivne i zaštitne ili su odmažuce. Upornom raspravom na logičkom, realnom i funkcionalnom nivou klijentica je uvidjela da joj je potrebna određena mjera opreza, ali da nije odgovorna za sve moguće događaje i da nije u mogućnosti da ih kontroliše.

Dodjeljivanje vremena za brigu (u određeno vrijeme u trajanju od 30 min.) klijentici je omogućilo kontrolu brige, te joj je pomoglo da shvati da se brige koje se dogode često čine nevažnim u vremenu za brige („zaboravila sam da brinem”). Osim toga, ovo shvatanje joj je pomoglo da smanji doživljaj hitnosti regiranja na brige.

Iako je klijentica napredovala u tretmanu, još uvijek je izvještavala o „strahu od misli” pa je podučena tehnici usredotočene pažnje. Vježbe usredotočene pažnje pomogle su joj shvatiti da se misao koja je aktivna i ometajuća može jednostavno primijetiti a da se i ne reagira na nju.

Kako je njeno bazično vjerovanje („Ja sam neadekvatna”) povezano s disfunkcionalnim pretpostavkama („Ako ja ne mislim o svemu, dogodit će se pad sistema”. „Moram sve držati pod kontrolom, inače sam neodgovorna.”) kao i sa zabrinutošću oko mišljenja drugih ako se zauzme za sebe i svoje potrebe, sproveden je bihevioralni eksperiment u kojem je klijentica asertivno odbila da izvrši obaveze (koje realno nije morala). Ishod je osporio njeno vjerovanje o *padu sistema* i vjerovanje o promjeni mišljenja drugih o njoj ako se zauzme za sebe i svoje potrebe. Do završetka tretmana koristeći se tehnikom ‘cik-cak’ i racionalno-emocionalnom imaginacijom s klijenticom se radilo na daljem učvršćivanju racionalnih tvrdnji o paničnim napadima i vjervanijima o brigama.

Završetak tretmana (klinička evaluacija)

Tokom cijelog tretmana posebna pažnja bila je usmjerena na prevenciju povrata simptoma, a naročito pri završetku tretmana kada se intenzivno bavilo pregledom naučenog, identifikacijom mogućih problema u budućnosti, uz predviđanje načina nošenja s njima. Tretman je proveden tokom 12 seansi sa dvije seanse praćenja nakon završetka tretmana (nakon tri mjeseca i nakon šest mjeseci). Kao ključne tehnike za usvajanje adaptivnijih vjerovanja o brigama, o anksioznim simptomima, a time i za ublažavanje straha od paničnih napada korištene su različite tehnike kognitivne restrukturacije, podržane odgovarajućim bihevioralnim tehnikama.

Prema subjektivnoj procjeni rezultata mjerenja i zapažanja od strane klijentice do posljednje seanse su ostvareni svi terapijski ciljevi, a postignute kognitivne i bihevioralne promjene održale su se i šest mjeseci nakon tretmana. Nakon 12 seansi kognitivno-bihevioralne terapije klijentica izvještava o značajnom poboljšanju sveukupne kvalitete života, sa povremenom pojavom nekih od tjelesnih simptoma anksioznosti, ali su blaži i neuznemirujući i bez paničnih napada u proteklom periodu.

Na subjektivnim skalama anksioznosti izvještava o padu opće anksioznosti s 10 na 1, te poboljšanju općeg raspoloženja s 1 na 9. Jednake procjene daje i nakon šest mjeseci praćenja, navodeći da se osjeća odlično i da nema nikakvih posebnih smetnji. O klinički značajnom smanjenju anksioznosti pokazuju i rezultati koje je klijentica postigla na Beckovom upitniku anksioznosti. Na prvom mjerenju (1. sesija) postignuti rezultat na BAI je 39, što ukazuje na visok stepen anksioznosti. Nadrugom mjerenju (6. sesija) zabilježen je pad rezultata (BAI = 24). Na kraju tretmana klijentica je postigla ukupni rezultat od 12 bodova koji bi odgovarao blagoj anksioznosti, a na kraju razdoblja praćenja ostvareni rezultat je ukazivao na normalni, nepatološki nivo anksioznosti (BAI = 6).

Rezultati na Upitniku metakognicija (MCQ-30) su upućivali na pozitivno vjerovanje o brigama i potrebu za kontrolom. Do završetka tretmana klijentica je u potpunosti odustala od vjerovanja da je brige štite, te da mora imati kontrolu nad svim događajima. Šest mjeseci nakon tretmana je izvijestila da povremeno doživljava tjelesne simptome anksioznosti, ali ih mirno prihvata kao reakciju organizma na stres, bez katastrofiziranja.

Ključne izjave klijentice koje odražavaju postignute kognitivne i bihevioralne promjene su: *Iako bi voljela da sve kontrolišem, ipak ne moram, jer to što bih ja voljela ne mora se nužno i desiti. Nemogućnost stalne kontrole ne znači neadekvatnost. Anksioznost nije odraz moje slabosti i bezvrijednosti. Anksioznost nije opasna. Nikada nisam poludjela, imala infarkt ili umrla od anksioznosti. U prošlosti sam imala puno negativnih predviđanja koja se nisu ostvarila. Manje brinem, jer prepoznajem šta je u mojoj moći, a šta ne. Brinem o onim stvarima koje mogu riješiti i na koje mogu uticati.*

ZAKLJUČAK

U radu je prikazan kognitivno-bihevioralni pristup u tretmanu GAP-a kod klijentice sa kompleksnom kliničkom slikom koja uključuje niz smetnji i teškoća. Tjelesne senzacije povezane sa intenzivnom anksioznošću klijentica je interpretirala na katastrofičan način, tj. kao siguran znak smrti ili bolesti. Njezine teškoće su u skladu sa podacima iz literature koji govore da se GAP često nalazi u komorbiditetu sa paničnim napadima (Leahy, Holland i McGinn 2014).

Kognitivno-bihevioralni pristup bio je empatičan, edukativan i aktivan. Uključivao je tretmanski paket sa tehnikama namijenjenim modifikaciji vjerovanja o brigama,

maladaptivnih vjerovanja, odnosno uklanjanju straha od anksioznosti i s njom povezanih somatskih senzacija.

Ishod tretmana je uspješan i pored visokog početnog nivoa anksioznosti i ozbiljnih funkcionalnih oštećenja. Ovakav rezultat ide u prilog studijama koje pokazuju da je učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije veća kod osoba koje početno iskazuju visok nivo anksioznosti (Olatunji i sur. 2014).

LITERATURA:

1. Američka Psihijatrijska Udruga (2014), *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, 5. izdanje, međunarodna verzija, Naklada Slap, Jastrebarsko.
2. Barlow, David H. (2001), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Third Edition: A Step-by-Step Treatment Manual, Guilford Publications, New York.
3. Beck, Aaron T., Gary Emery (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Books, New York.
4. Born, Edmund (2008), *Priručnik za prevazilaženje anksioznosti i fobija*, Magona, Novi Sad.
6. Deacon, Brett J., Jonathan S. Abramowitz (2004), "Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings", *J Clin Psychol* 60, 429-441.
7. Ellis, Albert, Windy Dryden (2002), *Primjena racionalno-emocionalne bihevioralne terapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko.
8. Hotujac, Ljubomir i sur. (2006), *Psihijatrija*, Medicinska Naklada, Zagreb.
9. Štrkalj Ivezić, Slađana, Vera Folnegović Šmalc, Ninoslav Mimica (2007), "Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja", *Medix*, 13, 56-58.
10. Leahy, Robert L., Stephen J. Holland, Lata K. McGinn (2014), *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*, Naklada Slap, Jastrebarsko
11. Olatunji, Bunmi O., Brooke Y. Kauffman, Sari Meltzer, Michelle L. Davis, Jasper A. Smits, Mark. B. Powers (2014), "Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis / health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators", *Behav Res Ther*, 58, 65-74.

12. Svjetska zdravstvena organizacija (2012), *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*, deseta revizija, svezak 1, drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb
13. Tovilović, Snežana (2004), *Latentna struktura skale socijalne anksioznosti i relacije između socijalne anksioznosti i iracionalnih uvjerenja*, *Psihologija*, vol. 37, (1), 63-88.
14. Wells, Adrian (1997), *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*, Wiley, New York
15. Wells, Adrian, Gillian Butler (1997), *Generalized anxiety disorder*, Oxford University Press, Oxford, England.

COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL FOR TREATMENT OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Summary:

Anxiety is a common emotional reaction of today. The main issue that has been present among the persons with anxiety disorder is a danger.

For most people anxiety is a part of everyday life, and as such it has been considered as an adequate response of one's organism. However, anxiety as an inadequate response or an anxiety disorder occurs when its intensity significantly deviates from the one that would respond to situations of either real danger or 'no danger'. Generalized Anxiety Disorder (GAP) is characterized by expressed and unrealistic concern, which lasts for six months or longer with physical symptoms such as: trembling, sweating, insomnia, shortness of breath or choking, chest tightness, heartburn, abdominal discomfort.

The aim of this paper is to show a cognitive behavioral therapeutic approach in the treatment of GAP with intermittent panic attack. This paper describes a plan and course of treatment with appropriate cognitive behavioral techniques in order to alleviate, accept and bear anxiety symptoms of a 26-year-old client. Two measurement instruments were used to check the mental status: Beck Anxiety Inventory (BAI), and Panic Inventory (PI).

Clinical evaluation of the efficacy of treatment has shown a significantly reduced intensity and frequency of anxiety symptoms and panic attacks, which is manifested in both the change of dysfunctional cognitive patterns and efficient daily functioning.

Keywords: anxiety; generalized anxiety disorder; cognitive behavioral therapy

Adresa autora

Authors' address

Lejla Halilović

Udruženje „porSA“ – Porodično savjetovalište Tuzla

porsatuzla@gmail.com