

Uloga kognitivno - bihevioralne terapije u suvremenoj psihoterapiji

Kranjec, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:456707>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nikolina Kranjec

**Uloga kognitivno-bihevioralne terapije u
suvremenoj psihoterapiji**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju KBC-a Rebro u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Mentor rada: prof.dr.sc. Dražen Begić

POPIS KRATICA

DBT – dijalektička bihevioralna terapija

GPL – granični poremećaj ličnosti

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OKP – opsesivno-kompulzivni poremećaj

PST – problem-solving terapija

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SADRŽAJ

1. SAŽETAK	i
2. SUMMARY	ii
3. UVOD	1
4. RAZVOJ KBT-a	2
4.1. Povijesni pregled.....	2
4.2. Kognitivni model	3
4.3. Bihevioralni model.....	5
4.4. Integracija kognitivnog i bihevioralnog modela	9
5. PRIMJENA KBT-a DANAS	11
5.1. Depresija	11
5.2. Anksiozni poremećaji	12
5.3. Shizofrenija	14
5.4. Granični poremećaj ličnosti	17
5.5. Poremećaji prehrane.....	18
6. KRITIKA	19
7. ZAHVALE	21
8. LITERATURA.....	22
9. ŽIVOTOPIS	24

1. SAŽETAK

Naslov: Uloga kognitivno-bihevioralne terapije u suvremenoj psihoterapiji

Autor: Nikolina Kranjec

Kognitivno-bihevioralna terapija zauzima značajno mjesto u psihoterapiji danas. Njena učinkovitost je znanstveno dokazana, te ne čudi kako je u nekim državama upravo KBT terapija izbora za liječenje određenih poremećaja. Najznačajnija je njena uloga u liječenju depresije i anksioznosti, no svakim danom nalaze se nova područja za njenu primjenu te se tako koristi i u terapiji kronične boli, nesаницe, ovisnosti, pretilosti, kod problema u vezi i između članova obitelji, a zahvaljujući razvoju tehnologije i sve većoj dostupnosti informacija KBT je postala popularna i kao tehnika za samopomoć. Postoji velik broj knjiga, računalnih programa, internetskih stranica pa čak i mobilnih aplikacija za samopomoć koje se služe KBT tehnikama. KBT se može koristiti samostalno ili u kombinaciji s drugim oblicima terapije, kod težih poremećaja kao što je shizofrenija ili težak oblik depresije nužna je i medikamentna terapija a pokazalo se kako KBT pridonosi poboljšanju kod ove skupine pacijenata upravo zato što poboljšava suradljivost te pacijenti u manjem broju slučajeva prekidaju medikamentnu terapiju. Još jedna pozitivna strana je i to što se radi o relativno kratkotrajnoj terapiji iako broj seansi potrebnih za postizanje željenog učinka ovisi o težini poremećaja. Ipak postoje i kritike ovog oblika terapije. To se uglavnom odnosi na neetičnost bihevioralnih tehnika u kojima se pacijenta izlaže neugodnim situacijama, neki kritičari ju čak smatraju i kažnjavanjem. Drugi smatraju da KBT zbog svoje usmjerenosti na sadašnje probleme zanemaruje važnost prethodnih iskustava te također zanemaruje ulogu nesvjesnih procesa i emocija. Ipak, uzevši u obzir navedene kritike, učinkovitost KBT je nepobitna te govori o važnosti njene uloge danas.

KLJUČNE RIJEČI: kognitivna, bihevioralna, dijalektička, psihoterapija, shema, KBT

2. SUMMARY

Title: The Role of Cognitive-behavioral Therapy in Modern Psychotherapy

Author: Nikolina Kranjec

Cognitive-behavioral therapy holds an important place in modern psychotherapy. Its efficiency has been scientifically proven so it is no wonder that in some countries CBT is the treatment of choice for certain disorders. The most important role of CBT is in treatment of depression and anxiety but it is being implemented in more and more areas each day, with it being used in treatment of chronic pain, insomnia, addiction, obesity, relationship and family problems. Thanks to technological development and easier availability of data, CBT has become popular as a self-help technique. Lots of books are available as well as computer software, web sites and even smartphone applications for self-help through CBT techniques. CBT can be used by itself or in addition to other types of therapy, in severe disorders such as schizophrenia or severe cases of depression where medication is necessary CBT has shown to improve outcome because it improves compliance and adherence to medication. Another positive side to CBT is its duration, it is a relatively short type of therapy though the number of sessions necessary for achieving wanted improvement depends on the severity of the disorder. However, there are also those who criticize this form of therapy. Mostly those address the ethicalness of behavioral techniques where the patients are exposed to situations which make them feel uncomfortable, some even consider it a form of punishment. Others believe that CBT is focused on the present, but ignores the importance of past events as well as the role of unconscious processes and emotions. Taking into account the aforementioned critiques, CBT has shown undisputable efficacy which speaks of the importance of its role today.

KEYWORDS: cognitive, behavioral, dialectical, psychotherapy, schema, CBT

3. UVOD

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je oblik psihoterapije koji kombinira dva pristupa, kognitivni koji se bavi načinom na koji ljudi razmišljaju, i bihevioralni koji objašnjava njihovo ponašanje. Temelji se na pretpostavci da naše misli o određenoj situaciji utječu na naše osjećaje i ponašanje u istoj. Prema Padesky i Greenberger (1995), KBT je interakcija misli, emocija, tjelesnih (autonomnih) senzacija te ponašanja, što je sve međusobno povezano i u međusobnoj interakciji. KBT je jedan od rijetkih oblika psihoterapije koji se temelji na empirijskim dokazima, naime znanstveno je testirana i dokazana kao uspješan oblik intervencije kod velikog broja poremećaja u brojnim kliničkim studijama. O značaju KBT-a govori i činjenica kako je u Ujedinjenom Kraljevstvu KBT zlatni standard u terapiji depresije, no širom svijeta nalazi primjenu u mnogim područjima. Koristi se u terapiji ovisnosti, poremećaja ličnosti, poremećaja prehrane, liječenju kronične boli, problematike niskog samopoštovanja, problema u vezi s bračnim parovima ili članovima obitelji itd. Osim psihijatara i psihologa ovu tehniku sve više u svakodnevnoj praksi koriste i drugi zdravstveni djelatnici. Tipičan primjer su liječnici obiteljske medicine koji savjetuju pacijenta o posljedicama štetnih navika kao što je pušenje te primjenom ovih tehnika savjetuju, podržavaju i vode pacijenta prema postizanju željenog cilja odnosno prestanku pušenja. Za razliku od drugih oblika psihoterapije KBT je usmjerena na sadašnjost, kraćeg je trajanja (obično je potreban manji broj seansi za postizanje zadanog cilja), orijentirana prema praktičnom rješavanju problema (problem-solving oriented), te teži osposobljavanju pacijenta za samostalno rješavanje budućih problema usvajanjem vještina kroz terapiju. Prema Eysencku (1960, 1964) i Wolpeu (1985) prosječan broj seansi u bihevioralnoj terapiji bio je 30, dok je u psihoanalitičkom tretmanu bio čak 600. Danas je popularna i kao tehnika za samoprimjenu, postoji mnoštvo knjiga za samopomoć putem ove tehnike, čak i aplikacije za mobilne telefone s istom namjenom.

4. RAZVOJ KBT

4.1. Povijesni pregled

Razvoj KBT-a započinje u prvoj polovici 20. stoljeća. U to vrijeme najzastupljeniji oblik psihoterapije bila je psihoanaliza, te pobornici bihevioralnog pristupa nailaze na otpor prilikom pokušaja promoviranja svojih ideja. Psihoanalitički pristup, iako najpopularniji, smatran je apstraktnim, "metafizičkim", i neodovoljno konkretnim te se javila potreba za novim znanstveno utemeljenim pristupima. Odbojnost bihevioralnih terapeuta prema psihoanalitičkoj terapiji vidi se u sljedećem citatu: "Krajnje je vrijeme da se psihoterapija, poput slona iz basne, odvuče do groblja neke udaljene džungle i umre. Psihoanaliza je nadživjela svoju korisnost. Njene metode su neprecizne, liječenje predugo i njeni rezultati su najčešće neimpresivni" (Salter 1949). Kao što se vidi iz prethodno navedenog, glavni prigovor psihodinamskom pristupu bio je nedostatak znanstvene utemeljenosti. Tako je otvoren prostor razvoju bihevioralnog modela.

Velik doprinos nastanku i razvoju bihevioralnog modela dali su Pavlovljevi eksperimenti na životinjama u području klasičnog uvjetovanja. Kasnije se eksperimentalno počela primjenjivati ista procedura za otklanjanje abnormalnosti u ponašanju ljudi. Tridesetih godina 20. stoljeća Hull povezuje princip klasičnog i instrumentalnog uvjetovanja, te utemeljuje teoriju učenja. Wolpe svojim istraživanjima stvara osnovu tehnike sistematske desenzitizacije, danas najpoznatije tehnike bihevioralne terapije. Cautela razvija postupke za unutarnje kondicioniranje tj. za primjenu na samome sebi npr. za samokontrolu prejedanja, prestanak pušenja itd.

Naziv "bihevior terapija" prvi puta koristi Lindley 1954. godine, a nalaze se još i sinonimi "modifikacija ponašanja" u SAD-u i "bihevioralna psihoterapija" u Europi. Unatoč početnom odobravanju, krajem 60-ih godina prošlog stoljeća javlja se nezadovoljstvo bihevioralnim modelom. Smatralo se kako se sva ponašanja ipak ne mogu objasniti bihevioralnim principom podražaj-reakcija, pa se javlja sve veći interes za ulogom kognicija. Tako započinje razvoj kognitivnog modela. Bandurina saznanja o učenju modeliranjem te Mischelova istraživanja o odgodi gratifikacije imala su utjecaja na njegov razvoj. Rastuće nezadovoljstvo psihodinamskom psihoterapijom, koja je dugotrajna uz nedovoljnu učinkovitost također ima ulogu u razvoju kognitivnog pristupa. Stoga ne čudi kako su glavni osnivači kognitivne terapije Aaron Beck i

Albert Ellis, psihijatri bazično psihodinamski educirani. Razvoj kognitivne psihologije doveo je do brojnih istraživanja kognitivnih procesa i njihovog razumijevanja te se kognitivni elementi sve više uključuju u bihevioralni model, npr. u području samoregulacije i samokontrole ponašanja 70-ih godina prošlog stoljeća. Ubrzo se uvidjelo kako su brojne koristi integracije ovih dvaju pristupa. Konačno, 1995. godine u Kopenhagenu je održan prvi svjetski kongres bihevioralne i kognitivne terapije, kao rezultat težnje integraciji ovih dvaju pristupa.

4.2. Kognitivni model

Kognitivna terapija ne smatra kognicije uzrokom psihičkih poremećaja, ali prepoznaje njihovu važnu ulogu u nastanku i oporavku od poremećaja. Cilj terapije je željena promjena u ponašanju. Relativno je kratkotrajna terapija usmjerena na rješavanje sadašnjih problema. Odnos terapeuta i klijenta je suradnički, potiče se aktivnost klijenta koji dobiva i tzv. domaće zadaće kako bi samostalno uvježbao naučene vještine. Terapeut pitanjima i sokratovskim dijalogom navodi klijenta na samostalno prepoznavanje automatskih negativnih misli koje potiču negativne emocije.

Tri su osnovna pravca:

1. Terapije temeljene na kognitivnoj restrukturaciji, gdje spadaju Ellisova REBT (racionalno-emocionalno-bihevioralna terapija) i Beckova kognitivna terapija. Koriste se kod pogrešnih percepcija i vjerovanja pacijenata (npr. osoba s niskim samopoštovanjem koja realno postiže adekvatna postignuća, perfekcionizam koji ometa normalno ponašanje i potiče osjećaje depresivnosti i tjeskobe itd.). Osnivaju se na pretpostavci da neprilagođene misli imaju za posljedicu emocionalnu nelagodu.
2. Terapije suočavanja i *problem-solving* terapije korisne su za rad s osobama koje se suočavaju s realnim životnim problemima ili stresnim situacijama, npr. gubitak bliske osobe ili nošenje sa zdravstvenim teškoćama itd. Predstavnik ovog pravca je Terapija cijepljenja protiv stresa, gdje se osoba izlaže situacijama manjeg stresa kako bi u njima

uvježbala strategije suočavanja koje će moći primjenjivati u budućim stresnim situacijama.

3. *Problem-solving* terapije (D'Zurilla i Goldfried 1971), koje služe učenju strategija za savladanje specifičnog životnog problema korak po korak. Prvi korak služi kako bi osoba učila identificirati svoje probleme, te odrediti prioritete u njihovom rješavanju. Sljedeći korak je nalaženje što većeg broja mogućih rješenja, bez procjene njihove izvedivosti, dok se u trećem koraku evaluira svako od mogućih rješenja. Nakon ovog postupka odabere se optimalno rješenje u trenutnim okolnostima i na osnovi povratnih informacija vrši se evaluacija izabranog rješenja te ako je potrebno izbor alternativnog rješenja.

Ellis opisuje 12 temeljnih iskrivljenih vjerovanja (*cognitive distortions*) koja su odraz nerealističnih, često apsolutističkih očekivanja:

1. *Sve ili ništa* ("Ako ne uspijem napraviti jedan zadatak što se nikako ne smije dogoditi, onda sam potpuno nesposoban i bezvrijedan").
2. *Brzanje sa zaključcima* ("Vidjeli su da mi je ispala olovka iz ruke, sigurno misle da sam nesposoban i neće me zaposliti").
3. *Proricanje* ("Smiju mi se jer su vidjeli kako mi se kava prolila po majici, sad će me sigurno smatrati nespretnom i nesposobnom").
4. *Usredotočenost na negativno* ("Ne mogu podnijeti da stvari pođu krivo, što se nikako ne smije dogoditi, i zato ne vidim ništa dobro što se događa u mom životu").
5. *Zanemarivanje pozitivnog* ("Pohvalili su me na uspješnom projektu, ali sigurno samo iz pristojnosti a zaboravljaju sve ono što nisam napravila dobro").
6. *Uvijek i nikada* ("Uvijek se svađam sa kolegama na poslu, nikad neću naći ljude s kojima ću se dobro slagati").
7. *Umanjivanje značenja* ("Ovaj ispit sam prošao jer sam imao sreće, to nista ne znači. Da nije tako ne bih pao onaj drugi ispit").
8. *Emocionalno zaključivanje* ("Osjećam se baš jadno i nesposobno zbog pada na ispitu, to znači da takav i jesam").

9. *Generaliziranje* ("Dan mi je počeo loše, sigurno će cijeli dan biti takav").
10. *Personaliziranje* ("Ona grupa ljudi se sigurno smije meni, ja se uvijek osramotim i napravim nešto glupo").
11. *Lažno predstavljanje* ("Kad nisam uspješan koliko bih trebao biti a ljudi me i dalje hvale zapravo sam prevarant i ubrzo će me razotkriti").
12. *Perfekcionizam* ("Dobro sam riješio test, ali nisam trebao imati tih par pogrešnih odgovora").

Ono što je zajedničko svim ovim tvrdnjama je pogrešno uvjerenje ljudi kako nešto "mora" biti kako su oni zamislili, npr. da moraju na testu odgovoriti na sva pitanja točno, moraju se uvijek osramotiti, moraju uvijek biti nesretni, pozitivne stvari im se sigurno događaju slučajno, a ne njihovom zaslugom itd. Smatra se da je upravo to apsolutističko uvjerenje izvor emocionalne neugode, a ne neuspjeh, pogreške, frustracije itd. same po sebi.

Konačno, kognitivna terapija koristi elemente različitih psihoterapijskih modaliteta kao što su osobi usmjeren pristup, gestalt terapija, bihevioralna terapija, Adlerova terapija, stoga se može smatrati integrativnom psihoterapijom. Neke od prednosti ove terapije su usmjerenost sadašnjem problemu i njegovu rješavanju, korištenje razuma ("racionalizacija") prilikom suočavanja s problemom i njegova boljeg razumijevanja, angažiranje pacijenta u rješavanju vlastitih problema (pacijent nema pasivnu ulogu, već aktivno sudjeluje u terapiji i planiranju postupka). Američko psihijatrijsko udruženje preporučuje primjenu BK tehnika kod 80 % različitih poremećaja, što ga čini najčešće preporučenim psihoterapijskim pristupom.

4.3. Bihevioralni model

Bihevioralna psihoterapija temelji se na zakonitostima koje su eksperimentalno utvrđene u područjima psihologije, psihijatrije, fiziologije, neurofiziologije i dr. Osnovna pretpostavka je da se i neadaptirano ponašanje može pod određenim uvjetima naučiti, ali se isto tako može i ukloniti te nadomjestiti naučenim adaptiranim ponašanjem. To se može postići prema zakonitostima klasičnog i operantnog (instrumentalnog) uvjetovanja (kondicioniranja) te učenja po modelu (modeliranje).

Klasično uvjetovanje jedan je od oblika asocijativnog učenja. Otkriveno je zahvaljujući pokusima na psima koje je provodio ruski fiziolog Ivan Pavlov. Pavlov je uočio kako psi sline kada vide hranu, međutim s vremenom je uočio kako počinju sliniti čak i prije uočavanja hrane, npr. kada vide osobu koja inače donosi hranu ili čuju zvuk sprave koja raspodjeljuje hranu. Potaknut otkrićem, počeo je uparivati hranu s drugim podražajima, jedno od kojih je bilo zvono. Zvono je bilo neutralni podražaj (zvuk zvona sam po sebi nije potaknuo slinjenje kod psa), ali uparivanje zvona s podražajem koji je izazivao odgovor slinjenja kod psa omogućilo je i zvonu da izazove jednaki odgovor. Drugim riječima, neuvjetovani podražaj (hrana) dovodi do neuvjetovanog odgovora (slinjenje). Zvono je neutralni podražaj dok pas ne nauči povezivati ga s hranom kroz ponavljana uparivanja dvaju podražaja. Tada zvono postaje uvjetovani podražaj koji dovodi do uvjetovane reakcije (slinjenja bez prisutnosti hrane).

Ispitivanjem ovih zapažanja na ljudima bavio se Watson. Poznat je po pokusu s "malim Albertom", jedanaestomjesečnim djetetom kod kojeg je htio izazvati strah od bijelog štakora uparivanjem s neugodnim zvukom udaranja čekića u metalnu šipku. Nakon ponavljanog uparivanja Albert je razvio strah od štakora (Watson i Rayner 1920). Ovaj pokus ukazivao je na moguću ulogu klasičnog uvjetovanja u nastanku fobija kod ljudi. Isto tako, kontroverzni je pokus izazvao i javnu osudu zbog neetičnosti i okrutnosti prema dječaku.

Operantno uvjetovanje odnosi se na postupak modifikacije ponašanja putem pozitivnog i negativnog potkrjepljenja. Kao i klasično uvjetovanje, oblik je asocijativnog učenja gdje osoba stvara vezu između određenog ponašanja i posljedice. Skinner je smatrao kako se treba usredotočiti na vanjske uzroke i motivaciju ponašanja umjesto bavljenja analizom i razumijevanjem unutarnjih misli i motiva.

Posljedice ponašanja mogu biti:

1. Potkrjepljenje, koje može biti pozitivno (ponašanje prati ugoda) i negativno (ponašanje prati prestanak neugode). Ponašanja koja su praćena potkrjepljenjem pokazuju tendenciju ponavljanja, npr. roditelji nagrađuju dijete čokoladom za

odličnu ocjenu u školi (pozitivno potkrjepljenje) ili dijete zataji lošu ocjenu te izbjegne ljutnju roditelja (negativno potkrjepljenje).

2. Kažnjavanje, u kojem slučaju nakon ponašanja slijedi neugoda, te se takva ponašanja nastoje izbjeći, npr. dijete zbog neučenja dobiva lošu ocjenu na testu te mu roditelji zabrane igranje računalnih igrica idućih mjesec dana.
3. Izostanak reakcije. Ponašanje koje se ignorira ili ne izazove reakciju ima tendenciju gašenja.

Učenje po modelu odnosi se na učenje ponašanja odnosno emocionalnih reakcija izravnim promatranjem drugih. Primjer je pokus Bandure sa Bobo lutkom. Djeca koja su promatrala agresivno ponašanje odrasle osobe prema lutki i sama su većinom pokazivala takvo ponašanje, za razliku od djece iz skupine koja je promatrala odrasle kako se mirno igraju s lutkom.

Kao što je već rečeno, kod učenja u svrhu modificiranja nekog ponašanja važnu ulogu ima potkrjepljenje pojedinca. To uključuje potkrjepljenje od strane okoline (pohvalom, novcem, cigaretom itd.), ali i vlastito tzv. samopotkrjepljenje. Nedostatak samopotkrjepljenja nalazi se kod depresivnih osoba, osoba s niskim samopoštovanjem, osoba s negativnom slikom o sebi itd. Stoga je važna uloga usvajanja vještine samopotkrjepljivanja u radu s onima koji imaju deficit u tom području.

Karakteristika bihevioralne terapije su tzv. medijatori, osobe koje primjenjuju dogovoreni postupak u životnoj sredini pacijenta a to mogu biti roditelji, učitelji, partner, medicinska sestra itd. Kliničar ima ulogu konzultanta. Ovo je moguće zbog toga što se za promjenu određenog ponašanja presudnim smatra postupak, a ne čimbenici kao što su odnos između klijenta i terapeuta ili ličnost terapeuta.

Cilj terapije je uvijek strogo ograničen te je usmjeren na uklanjanje nepoželjnog te učenje novog, poželjnog ponašanja. Predmet intervencije su vanjska (*overt behavior*) ponašanja, ali i unutarnja (*covert behavior*) kao što su opsesivne misli.

Bihevioralna terapija ima još jednu specifičnu karakteristiku, a to je evaulacija provedenog postupka. Pro vodi se s ciljem procjene učinkovitosti provedenog postupka. Pri evaluaciji razlikuje se promjena od poboljšanja; naime, dok je promjena statistički značajna, poboljšanje podrazumijeva klinički značajnu promjenu u ponašanju, dakle okolina klijenta primjećuje promjenu kao poboljšanje.

Fokus se stavlja na sadašnje ponašanje, ali i na ono što slijedi nakon ponašanja. Važnu ulogu ovdje ima već ranije navedeno potkrjepljenje, stoga se i terapijska strategija temelji na pravilnoj manipulaciji posljedica tj. potkrjepljenja. Poznato je da ponašanje nakon kojeg uslijedi ugoda ima sklonost ponavljanju, ono nakon kojeg slijedi neugoda se izbjegava, te ono na koje nema reakcije (ignorira se) postupno se gasi.

Tri su glavne metode:

1. Sistematska desenzitizacija, čiji autor je Wolpe (1958). Namjenjena je uklanjanju (monosimptomatskih) fobija. Započinje se tehnikom duboke mišićne relaksacije prema Jacobsonu, koju klijent uvježbava uz pomoć terapeuta te ponavlja i sam izvan terapije kako bi usvojio vještinu opuštanja. Potom se utvrđuje hijerarhija situacija koje izazivaju anksioznost, od najmanje do najviše zastrašujuće. Zadnja komponenta ove tehnike je izlaganje klijenta prethodno utvrđenim zastrašujućim situacijama prema hijerarhiji. Ovo se može izvoditi u živo ili pacijent zamišlja situaciju. Prilikom izlaganja pacijent se nastoji opustiti kako je uvježbao i time se postiže da pacijent na zastrašujuću situaciju reagira opuštenošću umjesto anksioznošću, jer stanje duboke tjelesne relaksacije i anksioznosti se međusobno isključuju. Izlaganje se izvodi postupno te traje onoliko dugo koliko je potrebno da se anksioznost snizi na razinu prije izlaganja. Tada je moguće preći na sljedeću situaciju prema hijerarhiji. Marks (1991) svojim istraživanjima doprinosi organiziranju grupa za samopomoć te primjeni ove tehnike putem računala.

2. Preplavlivanje (*flooding*), za razliku od sistematske desenzitizacije gdje se pacijenta postupno izlaže situacijama koje izazivaju sve veću anksioznost, kod tehnike preplavlivanja pacijenta se odmah izlaže najviše zastrašujućoj situaciji u prisutstvu terapeuta. Iako vrlo brzo daje rezultate, rjeđe se primjenjuje od sistematske desenzitizacije zbog dramatičnosti i neugode za pacijenta.
3. Pozitivno potkrjepljenje ili samopotkrjepljenje, korisno je za rad s djecom u razredu kada se želi izgraditi unaprijed određeno poželjno ponašanje.
Samopokrepljenje je korisno kod samoregulacije ponašanja, npr. za kontrolu prejedanja ili kontrolu pušenja.

Postoje još neke metode, jedna od kojih je ekonomija žetona. Za određeno željeno ponašanje se dobije žeton, te se određeni broj žetona može zamijeniti za dogovoreno pozitivno potkrjepljenje. Primjer primjene ove tehnike je kod mladih smještenih u domovima sa svrhom izgrađivanja navika obavljanja dnevnih obaveza čišćenja, pospremanja, učenja, usvajanja socijalnih vještina itd. Također je korisna za rad s kroničnim psihijatrijskim bolesnicima u svrhu poticanja održavanja vlastite higijene i socijalizacije s drugima, žetone mogu zamijeniti za cigarete ili druge privilegije koje smatraju pozitivnim potkrjepljenjem. Ostale metode su učenje po modelu, trening asertivnosti, socijalnih vještina, poboljšavanje komunikacije, relaksacijski trening, averzivne tehnike. Posljednja vrsta tehnike koristi se kod liječenja alkoholizma ili ovisnosti o drogama, te kod samoranjavajućih ponašanja. Primjer je primjena elektrokonvulzivne terapije ili terapije antabusom kod alkoholičara, nanošenje sredstva neugodnog okusa na nokte kako bi se spriječilo grizenje noktiju i sl.

4.4. Integracija kognitivnog i bihevioralnog pristupa

Prema Dobson i Dozois (2001), postoje tri pretpostavke zajedničke svim postupcima KBT:

1. *Hipoteza dostupnosti (access hypothesis)* kaže da su sadržaj i procesi mišljenja poznati, misli nisu nesvjesne ili na bilo koji način nedostupne svijesti te vježbom i usmjerenjem pažnje ljudi mogu postati svjesni svojih misli i načina razmišljanja.

2. Prema *medijacijskoj hipotezi* naše emocionalne reakcije određuju kako ćemo doživjeti i što ćemo misliti o događajima u kojima se nalazimo. Dakle naše emocije određuju naše misli. Slično tome, naše misli utječu na naše ponašanje. Upravo zato različite osobe mogu na isti događaj reagirati na različite načine. Na primjer, student može izaći na ispit i ne položiti ga, što kod njega može izazvati razočaranje i žalost odnosno neugodu te posljedično može dovesti do izbjegavanja ispita kako bi izbjegao ponavljanje iste neugode. Isto tako, drugi student može pad na ispitu doživjeti kao upozorenje da se nije dovoljno dobro pripremio za ispit te će pad iskoristiti kao motivaciju za pripremanje sljedećeg ispita. Ovaj slijed emocionalne reakcije, posljedičnih misli i ponašanja može s vremenom postati automatski.

3. *Hipoteza promjenjivosti* proizlazi iz prethodne dvije pretpostavke, budući da su kognicije dostupne svijesti i prenose odgovore na različite situacije, možemo svjesno mijenjati način na koji reagiramo na događaje oko nas.

5. PRIMJENA KBT-a DANAS

Kao što je već prethodno navedeno, KBT nalazi široku primjenu u psihoterapiji danas. U nastavku se opisuje uloga KBT-a u terapiji poremećaja kod kojih je pokazala najznačajnije rezultate.

5.1. Depresija

Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji, negativne misli dovode do simptoma depresije za razliku od uvriježenog suprotnog mišljenja kako su negativne misli i negativan dojam o samome sebi posljedica depresije. Dio rezultata istraživanja (Abela i D'Alessandro 2002) provedenog među studentima koji su upisivali koledž govori u prilog toj teoriji. Oni koji nisu bili primljeni na željeni koledž imali su negativna vjerovanja i sumnje u vlastitu budućnost, a te misli su u velikom broju ispitanika dovele do simptoma depresije.

Jedan od problema koji se susreće kod depresivnih osoba su negativne automatske misli. Njih se može bilježiti u dnevnik misli (*daily thought record*) na način da se zapisuju misli, emocije, tjelesne promjene (npr. mučnina, grčevi, lupanje srca) i ponašanje uzrokovano tim mislima u određenim situacijama. Istovremeno se zapisuju poželjne i nepoželjne misli o situaciji kako bi se pokazalo da različit način razmišljanja o istoj situaciji dovodi do različitih posljedica. Ovi zapisi prikazuju na jednostavan način kako naše misli utječu na osjećaje, a oni određuju naše ponašanje. Depresivne osobe često pokazuju i određena kognitivna iskrivljenja. To su disfunkcionalna vjerovanja, naučeni načini razmišljanja koji su iracionalni. U stresnim situacijama osoba se oslanja upravo na takav iskrivljeni način razmišljanja kako bi lakše protumačila situaciju, a kako se radi o negativnim i iracionalnim mislima, uvijek će situaciju vidjeti kao negativnu. Najčešće su to katastrofiziranje, kada se uvijek iščekuje najgori mogući ishod ("zvao me šef, vjerojatno će me otpustiti"), generaliziranje, izolirani događaj je dokaz da će i svi ostali događaji koji uslijede biti isti ("pao sam ovaj ispit, sigurno ću pasti i svaki sljedeći"), zanemarivanje pozitivnog, a preuveličavanje negativnog (osoba dobije povišicu ali

nije zadovoljna jer je kolega dobio veću povišicu), emocionalno zaključivanje (“osjećam se glupo, to znači da jesam glup”) itd.

Bazična vjerovanja su ključna vjerovanja o sebi koje osoba prihvaća kao apsolutne, neupitne i nikada ne provjerava njihovu ispravnost. Mogu se javljati samo u stresnim situacijama ili biti stalno prisutne, a osoba prihvaća samo one činjenice iz okoline koje podržavaju bazična vjerovanja a one koje ih opovrgavaju ignorira. Obično osoba vjeruje kako je bezvrijedna, bespomoćna, nesposobna, inferiorna itd., no može imati i bazična vjerovanja o drugima ili svijetu oko sebe (“svi ljudi su zli”, “svijet je pokvaren” itd.). Budući da je jedan od glavnih simptoma depresije manjak energije i volje za obavljanjem aktivnosti, korisna je tehnika zadavanja aktivnosti, gdje pacijent odredi cilj kojeg želi postići u određenom roku, te planira aktivnosti kako bi ga postigao. Pritom se obraća pozornost i na prepreke koje bi ga mogle omesti u obavljanju aktivnosti, kako bi se unaprijed mogao pripremiti na njih.

KBT je pokazala najveću korisnost u liječenju blage do umjerene depresije, međutim u liječenju teških oblika depresije nužno je u terapiju uključiti antidepresive. Prema Carru (2006) kod pacijenata kojima se terapija sastojala od KBT-a i medikamentne terapije antidepresivima relaps se uočava u 20 do 35 %, dok je kod onih koji su liječeni samo antidepresivima relaps uočen u 50 do 80 % slučajeva. Utvrđeno je kako učinkovite psihosocijalne intervencije imaju tri zajednička obilježja: jasnu i preciznu strukturu odnosno plan intervencije, usredotočenost na sadašnje probleme pacijenata koji su trenutno njemu od važnosti te učinkovit odnos s terapeutom (Whitfield, Williams 2003). Ova obilježja zajednička su KBT-u i nekim drugim, dokazano učinkovitim postupcima u liječenju depresije kao što je problem-solving terapija, interpersonalna psihoterapija, grupna terapija uključujući intervencije u obiteljima i s bračnim parovima.

5.2. Anksiozni poremećaji

Strah i anksioznost su korisne emocije koje se javljaju kada je organizam izložen potencijalno opasnim situacijama te štite osobu od opasnosti. Kada su ove reakcije previše izražene, kod osoba koje češće od većine ljudi uočavaju opasnost, govorimo o patološkoj anksioznosti. Cilj KBT-a nije potpuno uklanjanje anksioznosti što bi bilo nepotrebno i nerealno, već smanjenje

intenziteta anksioznosti. To se nastoji postići učenjem niza vještina koje pacijentu omogućuju kontroliranje intenziteta anksioznosti te njeno održavanje na razini koju može podnijeti i pri kojoj može normalno funkcionirati.

Kognitivni pristup opisuje iskrivljenja (distorzije) na tri razine procesiranja informacija:

1. Na perceptivnoj razini anksiozna osoba iz mnoštva podražaja izdvaja one koji su anksiogeni, npr. osoba s paničnim poremećajem uočava blago ubrzanje rada srca prije nego osoba bez poremećaja.
2. Na interpretativnoj razini anksiozne osobe sklonije su nejasne podražaje interpretirati kao opasne, osoba iz prethodnog primjera bi mogla ubrzanje rada srca interpretirati kao znak mogućega srčanog udara.
3. Konačno, anksiozne osobe sklonije su lakšem pamćenju i prisjećanju anksioznih situacija, npr. netko s paničnim poremećajem će se lako sjetiti vožnje tramvajem u kojoj je doživio panični napadaj ali se neće sjećati svih ostalih vožnji bez napadaja.

Bihevioralni pristup smatra da se ponašanja uče, kako prilagođena tako i neprilagođena. Kod anksioznih osoba tako dolazi do promjena u ponašanju često u obliku izbjegavanja npr. liftova, pasa, vožnji, javnih nastupa itd., ili pak traženje sigurnosti kroz npr. nošenje širokih tamnih majica kako bi se prikrilo znojenje i sl. Stoga je KBT usmjerena na smanjivanje percipirane vjerojatnosti prijetnje, povećanje doživljaja kontrole nad vlastitim reakcijama, ublažavanje tjelesnih i emocionalnih simptoma te povećanje tolerancije na anksioznost.

Terapeut ima ulogu u istraživanju pacijentova načina razmišljanja i uočavanju distorzija i neprilagođenih oblika ponašanja, dok pacijent mora također aktivno sudjelovati u tretmanu. Psihoedukacija služi kako bi se pacijentu pokušala objasniti priroda anksioznosti te kako negativne misli potiču negativne emocije, pri čemu je važno razlikovati misli od činjenica. Anksiozni pacijenti nastoje izbjegavati situacije i sadržaje kojih se boje, te se smatra da upravo izbjegavanje pridonosi održavanju anksioznosti. Stoga se pacijenta potiče na suočavanje s onim čega se boji, umjesto tipične reakcije izbjegavanja. To objašnjava zašto je izlaganje neophodna

komponenta terapije, npr. kroz postupak sistematske desenzitizacije. Radi se o postupku postupnog izlaganja pacijenta zastrašujućim situacijama, počevši od najmanje anksiozene do one koja izaziva najintenzivniju anksioznost (skala od 0 do 10). Bitno je ponavljano izlaganje te učinkovitost istoga koja se postiže kada osoba umjesto da prekine izlaganje u trenutku neizdržive anksioznosti (bijeg) nastavlja izloženost sve dok anksioznost ne opadne do određene razine, obično do razine prije početka izloženosti.

Još jedna tehnika koja se koristi je duboka mišićna relaksacija prema Jacobsonu. Temelji se na pretpostavci da se stanje duboke mišićne opuštenosti i anksioznost međusobno isključuju. U liječenju generaliziranog anksioznog poremećaja povećava se tolerancija osobe na nesigurnost budući da ju se ne može u potpunosti izbjeći u životu. Korisni su eksperimenti kojima se izaziva ideja o gubitku kontrole te se osoba na taj način izlaže situacijama kojih se boji i uči se nositi s njima. Izlaganje uz sprječavanje prisilnih reakcija se koristi za liječenje OKP-a. Istraživanja su pokazala kako 70-80 % pacijenata s paničnim poremećajem već nakon 12 seansi navodi nestanak panike, a efekt je održan i nakon 12 mjeseci praćenja. KBT u terapiji specifičnih fobija pokazuje klinički značajno poboljšanje u 70-85 % slučajeva. U Velikoj Britaniji KBT se preporučuje kao tretman za većinu anksioznih poremećaja.

5.3. Shizofrenija

U mnogim slučajevima farmakoterapija sama ne dovodi do zadovoljavajućeg učinka u liječenju shizofrenije, pa se javila potreba za traženjem dodatnih oblika terapije. Tako se javila sve veća potpora uporabi KBT-a u terapiji shizofrenije. Ideja sama po sebi nije nova, Beck je još 1952. godine opisao slučaj pacijenta koji je patio od deluzija te je uspješno liječen primjenom KBT-a. Osim za osnovne simptome, KBT se može primjeniti i u liječenju negativnih simptoma u svrhu poboljšanja odnosa pacijenata s njihovom okolinom, kako u obitelji tako i na poslu. Komorbiditet koji često prati shizofreniju uključuje poremećaje raspoloženja i anksiozne poremećaje, u terapiji kojih se KBT već pokazala učinkovitom.

Kod rane intervencije u psihotičnim stanjima, istraživanja su pokazala da primjenom kognitivne terapije dolazi do bržeg smanjenja pozitivnih simptoma i sveukupno značajnijeg smanjenja

pozitivnih simptoma tijekom hospitalizacije u odnosu na druge oblike terapije (*activity therapy*), iako nema razlike u smanjenju negativnih simptoma u odnosu na druge terapije. Isto tako, učinak KBT-a se pokazao i dugoročno boljim, jer su pacijenti kod kojih se primjenila KBT i 9 mjeseci nakon primjenjene terapije i dalje pokazivali manje pozitivnih simptoma u odnosu na one koji nisu bili podvrgnuti KBT-u.

Osim već navedenog, KBT je također učinkovita u terapiji halucinacija i deluzija. Ipak, pokazuje i određene nedostatke, npr. neučinkovita je kod osoba koje ne smatraju ili ne uviđaju da imaju problema psihičke prirode, imaju izražene negativne simptome ili izražene deluzijske sustave, te kod ovisnika ili osoba s drugim komorbiditetom jer je teško uspostaviti suradljivost.

Važno je uspostaviti dobar odnos između pacijenta i terapeuta gdje je najbitnija suradnja, a poseban naglasak se stavlja na pacijentovu perspektivu. Za povoljan ishod terapije nije bitno da pacijent prihvati dijagnozu shizofrenije, čak može biti i kontraproduktivno, već je bitnije da se pacijent nauči nositi sa svojim simptomima i stanjima.

Postoji velik broj tehnika koje se mogu primjeniti za različite simptome. Neki od postupaka koji se koriste su alternativna objašnjenja, strategije suočavanja (*coping strategies*), problem-solving terapija itd. (Tablica 1.).

Tablica 1. KBT tehnike i simptomi za koje su namjenjene u terapiji shizofrenije

SIMPTOM	TEHNIKA
Pozitivni simptomi	Alternativna objašnjenja pacijentu
Halucinacije	Tehnike normalizacije Razvijanje strategija suočavanja
Deluzije	Lanac zaključivanja (<i>inference chaining</i>) Okolno ispitivanje (<i>peripheral questioning</i>)
Negativni simptomi	Bihevioralni postupci
Avolicija	Samoregulacija ponašanja (<i>behavioral self monitoring</i>)
Amotivacija	Planiranje aktivnosti
Anhedonija	Ocjenjivanje uspješnosti savladavanja aktivnosti i zadovoljstva
Emocionalna otupjelost	Uvježbavanje socijalnih vještina

Izvor: Morrison A K (2009) Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. Psychiatry (Edgmont) 6(12): 32-39.

Kod halucinacija i deluzija terapeut nastoji pomoći pacijentu u “testiranju stvarnosti”, najčešće kroz usmjerena pitanja o njegovim deluzijama npr. ako osoba smatra da ju se prati, terapeut ispituje pacijenta o konkretnim situacijama u kojima se to događa, razlozima zbog kojih bi netko želio pratiti pacijenta itd. s ciljem pronalaska “rupa” u uvjerenjima pacijenta te na taj način utvrđivanja dokaza koji opovrgavaju ideje pacijenta. Također se koriste postupci kod tretmana negativnih simptoma i teži se osposobljavanju pacijenta za obavljanje svakodnevnih aktivnosti te socijalizaciju. To se postiže kroz zadatke koje pacijent ispunjava, koji kreću od jednostavnijih tj. onih za koje je vjerojatno da ih pacijent može uspješno odraditi te na taj način potaknuti da radi dalje npr. odrediti malu svotu novca koju pacijent može u određenom vremenu uštedjeti za neku svrhu ili kao pomoć u socijalizaciji kod osobe koja je sklona povlačenju od okoline za početak se može odrediti da ponovno stupi u kontakt s osobom iz radne sredine s kojom je prije već imala uspostavljen dobar odnos.

U studiji koju su proveli Liberman et al. (2001) slučajnim odabirom raspoređeno je 75 odraslih osoba kojima je dijagnosticirana shizofrenija na 4-mjesečnu terapiju koja se sastojala od *problem-solving* grupne terapije (PST) jednom tjedno ili potporne grupne terapije jednom tjedno. Rezultati su pokazali poboljšanje nakon provedene terapije u obje skupine, međutim skupina koja je pohađala PST grupu pokazala je značajnije poboljšanje i u drugim područjima kao što su smišljanje alternativnog rješenja, donošenje odluka, glumljenja uloga (*role-play*) i dr.

Nakon prve epizode psihoze, terapija s kojom se kreće su antipsihotici. Međutim u velikom broju slučajeva, po nekim studijama čak i u do 80 % slučajeva pacijenti prekidaju uzimati lijekove. Razlozi su razni (teško prihvaćanje potrebe za dugotrajnom terapijom radi kronične bolesti, nuspojave kao što su debljanje, sedacija itd.) no pacijenti ipak najčešće navode neučinkovitost terapije kao razlog za prekid. Stoga se KBT pokazala korisnom za pridržavanje uzimanja terapije kod pacijenata upravo zbog uspješnosti u smanjenju i ublažavanju simptoma. Terapija antipsihoticima je važna jer dokazano smanjuje rizik od relapsa. Kako su akutni, početni simptomi bolesti oni koji pokazuju najbolji odgovor na terapiju antipsihoticima, oni trajni simptomi koji zaostaju nakon akutne epizode bolesti veći su predmet interesa KBT-a. Učestali komorbiditet uključuje stanja: zlouporaba droga, alkoholizam, depresija, fobije, panični poremećaj, OKP, PTSP. KBT se pokazala korisnom u liječenju ovih stanja te može pomoći sveukupnom poboljšanju oboljelih od shizofrenije.

Čimbenici koji pridonose boljem ishodu liječenja prema Drury et al. (1996) su rano započet rad s akutno psihotičnim pacijentima, ženski spol, kraće trajanje bolesti u početku započinjanja terapije, kraće trajanje neliječene bolesti. Pokazatelji boljeg ishoda kod stabilnih, nehospitaliziranih pacijenata s održanim simptomima su također kraće trajanje bolesti i blaži simptomi (Tarrier et al. 1998).

5.4. Granični poremećaj ličnosti

Za liječenje graničnog poremećaja ličnosti (GPL) razvijene su posebne tehnike KBT-a. Marsha Linehan radila je na razvoju dijalektičke biheviornalne terapije (DBT). Naziv dijalektička upućuje na spajanje suprotnosti jer se DBT temelji na dva naizgled suprotstavljena načela: prihvaćanje samoga sebe kao takvoga, uz istovremenu potrebu za promjenom kako bi osoba postigla bolju kvalitetu života i funkcionirala uspješnije. Čak su i vještine koje se usvajaju ovim oblikom terapije podjeljene na one usmjerene na prihvaćanje (svjesna prisutnost tj. *mindfulness*, tolerancija nelagode) i one usmjerene na promjenu (regulacija emocija, poboljšavanje međuljudskih odnosa). Postoji hijerarhija problema kojom se određuju prioriteti u terapiji, pri čemu najveći prioritet imaju životno ugrožavajuća ponašanja (često se radi o osobama sa suicidalnim idejama) i njima se prvo treba baviti. Zatim slijede ponašanja koja ometaju terapiju (kao npr. kašnjenje na terapiju, nesuradljivost i neuvježbavanje naučenih vještina izvan terapije itd.), ponašanja koja ometaju kvalitetu života pacijenta kao što su problemi u vezi ili financijske teškoće, te konačno usvajanje potrebnih biheviornalnih vještina. DBT se pokazala uspješnom u smanjenju suicidalnog ponašanja, samoozljeđivanja, zlouporaba droga, manjem broju hospitalizacija te poboljšanju socijalnog i sveukupnog funkcioniranja osobe.

Terapija usmjerena na sheme je drugi oblik terapije temeljene na KBT za granični poremećaj ličnosti. Ona se temelji na teoriji o ranim maladaptivnim shemama koje nastaju u ranom djetinjstvu kada osnovne djetetove potrebe (za sigurnošću, prihvaćanjem itd.) nisu zadovoljene te se kao posljedica razvijaju pogrešni načini interpretiranja događaja i interakcije s okolinom. Jedan od čimbenika za koji se smatra da ima ulogu u etiologiji GPL su negativna rana iskustva npr. zlostavljanje u djetinjstvu ili odvajanje od roditelja, što može dovesti do razvoja maladaptivnih shema. Sheme su načini razmišljanja i ponašanja koji su duboko integrirani u doživljaj samoga sebe i svijeta oko nas. Sheme se aktiviraju kada se osoba nađe u situaciji koja podsjeća na situaciju iz prošlosti koja je dovela do formiranja te sheme. Tada osoba reagira na sadašnju situaciju iskrivljenim, nezdravim načinom razmišljanja i ponašanja. U terapiji je potrebno identificirati pacijentove sheme, događaje iz prošlosti koji su doveli do razvoja shema te odrediti trenutne simptome, a dalje se koriste razne KBT tehnike za nošenje s određenim simptomima. Iako učinkovitost ovog terapijskog pristupa još nije dovoljno znanstveno istražena,

postoje rezultati koji pokazuju značajnije smanjenje simptoma kod osoba s GPL-om u odnosu na terapiju temeljenu na psihodinamskom pristupu.

5.5. Poremećaji prehrane

Indikacije za KBT kod poremećaja prehrane su jasno utemeljene. Radi se o poremećajima koji uključuju precjenjivanje težine i izgleda tj. oblika vlastitog tijela, dakle radi se o poremećajima na kognitivnoj razini. Također, znanstveno je dokazana učinkovitost KBT-a u liječenju bulimije nervose kao i nespecificiranog poremećaja prehrane (*eating disorder not otherwise specified*). Metanaliza koju je proveo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) je pokazala kako je KBT tretman izbora u terapiji bulimije nervose, ali rezultati su pokazali potpunu remisiju tek u manje od 50 % pacijenata koji su dovršili terapiju. Stoga je razvijena poboljšana verzija terapije (*enhanced cognitive behavior therapy*, CBT-E) koja pokazuje veću učinkovitost. Terapija antidepresivima (npr. fluoksetin u dozi od 60 mg na dan) je pokazala pozitivan učinak na epizode kompulzivnog prejedanja, ali ipak manju učinkovitost u odnosu na KBT. Kombinacija KBT-a i medikamentne terapije antidepresivima nije pokazala veću korist od terapije koja uključuje samo KBT. Malo je istraživanja koja se bave terapijom anoreksije nervose, ipak u jednoj studiji rezultati su pokazali kako u određenoj skupini pacijenata (indeksa tjelesne mase u rasponu od 15.0 do 17.5) KBT dovodi do pozitivnog učinka u 60 % slučajeva, uz niske stope relapsa.

Transdijagnostička teorija smatra kako najznačajnije kod poremećaja prehrane nije ono po čemu se razlikuju već ono što im je zajedničko, a to je karakteristična psihopatologija u srži poremećaja – precjenjivanje važnosti forme i težine tijela, te pretjerana potreba za njihovom kontrolom. Na temelju transdijagnostičke teorije razvila se nova, poboljšana verzija KBT-a (CBT-E) koja između ostalog sadrži dodatne strategije usmjerene na vanjske prepreke promjeni poremećaja prehrane, kao što je klinički perfekcionizam, nisko samopouzdanje i teškoće u međuljudskim odnosima. Dva su tipa CBT-E: uži, fokusiran na psihopatologiju poremećaja prehrane, dok je drugi širi, usmjeren i na vanjske prepreke promjenama. Osim uobičajenih KBT tehnika koje služe promjeni načina razmišljanja i mijenjanju loših navika tj. ponašanja, koriste se još specifične metode za problematiku poremećaja prehrane. Ovdje spada tjedno vaganje, koje

ima edukativnu svrhu kako bi se pacijentu pomoglo pravilno interpretirati brojeve na vagi budući da je sklon iskrivljenoj interpretaciji, te se bavi problemom pretjerane kontrole težine učestalim vaganjem ili izbjegavanjem istoga. Bitno je educirati pacijente o njihovom poremećaju i pratećim ponašanjima, npr. objasniti značenje indeksa tjelesne mase i njegove optimalne vrijednosti, štetnosti korištenja laksativa, diuretika ili povraćanja kao načina kontrole težine, potrebe za redovitom i pravilnom ishranom itd.

6. KRITIKA

Tijekom svoje povijesti bihevioralni i kognitivni pristup nailazili su kako na odobravanje tako i na otpor. Psihodinamski orijentirani psihoterapeuti smatrali su kako je bihevioralni pristup neetičan, okrutan i nalik kažnjavanju. Smatralo se kako se emocije pacijenta ignoriraju, sam postupak se smatrao mehaničkim poput dresure te kako se na taj način ograničava sloboda čovjeka. Među ovom skupinom kritičara vladalo je mišljenje kako bihevioralni terapeuti ne znaju što rade, a uspjeh bihevioralnih tehnika smatrali su posljedicom transfera i kontratransfera.

Drugu struju kritičara čine ekstremno biološki orijentirani psihijatri koji pozitivne učinke bihevioralne terapije objašnjavaju placebo-efektom (Russell 1970). Danas rezultati brojnih istraživanja pokazuju kako su njihove tvrdnje neutemeljene. Kritike bihevioralne terapije dolaze i iz krugova samih bihevioralnih terapeuta, kao izraz težnje za temeljitom provjerom metodoloških i teoretskih pitanja. Jedno od takvih pitanja jesu kriteriji za evaluaciju ishoda tretmana, budući da evaluacija čini važan dio samog postupka i osigurava njegovu znanstvenu utemeljenost i učinkovitost. Najveći doprinos nastanku KBT-a imale su upravo kritike upućene od strane samih bihevioralnih terapeuta jer su dovele do spoznaje o potrebi za uključivanjem kognitivnih elemenata u bihevioralni pristup. Kritike međutim nisu zaobišle niti kognitivni pristup. Glavna primjedba odnosila se na nedostatak istraživanja nesvjesnih konflikata i usredotočenost na sadašnje probleme a zanemarivanje prošlih iskustava. Iako je tvrdnja djelomično točna, prema kognitivnom modelu ne smatra se kako nesvjesni konflikti tj. njihovo osvješćivanje pridonosi terapijskom postupku. Ipak, ne može se reći kako se u potpunosti ignoriraju prethodna iskustva pacijenta jer postoje tehnike usmjerene upravo prema bazičnim vjerovanjima odnosno shemama i one uzimaju u obzir ranija iskustva i vjerovanja koja su dovela do nastanka iskrivljenih,

disfunkcionalnih vjerovanja. Još jedna primjedba kognitivnom pristupu odnosi se na zanemarivanje emocija. S jedne strane tvrdnja je utemeljena jer se kognitivnom terapijom ne potiče emocionalno ventiliranje i ona se prvenstveno bavi mislima te modifikacijom načina razmišljanja, no uvažava ih u evaluaciji i razumijevanju problema pacijenta. Također indirektno dovodi i do promjena u emocionalnom doživljavanju zahvaljujući promjeni u načinu interpretacije događaja.

Konačno, puno je bilo govora o znanstvenoj utemeljenosti KBT-a. Dio se postiže kroz evaluaciju tretmana što je karakteristika bihevioralnog postupka, međutim postoje i brojna istraživanja koja se bave učinkovitošću KBT-a u raznim poremećajima te njenom usporedbom s drugim oblicima terapije. U jednom istraživanju provedena je analiza KBT-a u terapiji depresije s ciljem utvrđivanja kvalitete randomiziranih kliničkih pokusa koji se bave tom temom. Rezultati su pokazali kako u prosjeku analizirani pokusi spadaju u nižu skupinu prihvatljive kvalitete. Smanjena kvaliteta pokusa bila je povezana sa smanjenom pouzdanošću i ispravnošću rezultata. Ovi podaci ukazuju na to kako je potrebno obratiti pozornost na kvalitetu studije prilikom uzimanja u obzir rezultata iste te potrebe za utvrđivanjem metodoloških standarda za buduća istraživanja (Thoma et al. 2012). Rezultati su također uspoređeni s rezultatima prethodno provedene studije kvalitete randomiziranih kliničkih pokusa psihodinamske terapije, s pretpostavkom da će pokusi KBT-a pokazati veću kvalitetu. Zanimljivo je da rezultati nisu pokazali značajnu razliku između kvalitete istraživanja KBT-a i psihodinamske terapije. Sve navedeno govori u prilog tome kako unatoč brojnosti istraživanja koja se bave temom KBT-a u odnosu na druge oblike psihoterapije, treba uzeti u obzir i kvalitetu istraživanja koja je nerijetko minimalno prihvatljiva. Ipak, provođenje istraživanja je korisno i u skladu s težnjom za primjenom "evidence-based medicine" principa i u psihijatriji.

7. ZAHVALE

Zahvaljujem se svom mentoru prof. Draženu Begiću na temi ovoga rada koja mi je omogućila upoznavanje sa dosad relativno nepoznatom temom, na njegovim savjetima i pomoći oko literature. Također želim zahvaliti udruzi HUBIKOT koja mi je dopustila korištenje njihovih materijala tijekom izrade rada.

Konačno, zahvaljujem svojoj obitelji na inspiraciji.

8. LITERATURA

1. Allen JP. (2003) An Overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature. <http://www.personalityresearch.org/papers/allen.html> Pristup 9.5.2015.
2. Anić N. (2002) Biheviior terapija. Biro M, Butollo W. (ur.) Klinička psihologija. Novi Sad: Futura publikacije, str. 254-266.
3. Dryden W, David D, Ellis A. (2010) Rational Emotive Behavior Therapy. Dobson KS. (ur.) Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. New York: The Guilford Press, str. 250-251.
4. Grist S. (2011) Exploring the role of CBT in mental health. Nursing Times 107: 34.
5. Jokić-Begić N. (2012) Biheviioralna paradigma anksioznosti, Kognitivna paradigma anksioznosti. Begić D. (ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, str. 49-57.
6. Moore-Groarke G. (2014) The Role of CBT in Treating Depression. <http://irishpsychology.com/publications/the-role-of-cbt/> Pristup 9.5.2015.
7. Morrison AK. (2009) Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. Psychiatry (Edgmont) 6(12): 32-39.
8. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn C. G. (2010) Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am 33(3): 611-627
9. O'Donohue W. (2009) A Brief History of Cognitive Behavior Therapy: Are There Troubles Ahead? O'Donohue W, Fisher J. E. (ur.) General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc: str. 1-12.
10. Pokrajac-Bulian A. Efikasnost KBT-a u odnosu na druge pristupe.
11. The Linehan Institute (2015) What is DBT? <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm> Pristup 10.5.2015.
12. Thoma N, Mckay D, Gerber AJ, Milord B. (2012) A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: An Assessment and Metaregression. Am J Psychiatry 169: 22-30.
13. Whitfield G, Williams C. (2003) The evidence base for cognitive-behavioural therapy in depression: delivery in busy clinical settings. Adv Psychiatr Treat 9: 21-30.
14. Živčić-Bećirević I. (2002) Kognitivna terapija. Biro M, Butollo W. (ur.) Klinička psihologija. Novi Sad: Futura publikacije, str. 266-276.

15. Živčić-Bećirević I. (2012) Bihevioralno kognitivna terapija anksioznih poremećaja. Begić D. (ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, str. 59-64.

9. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1990. godine u Zagrebu. Pohađala sam Osnovnu školu Ksaver Šandor Gjalski u Zagrebu, nakon čega sam školovanje nastavila u V gimnaziji. Medicinski fakultet u Zagrebu upisala sam 2009. godine. Tijekom studija bila sam demonstrator na Katedri za histologiju i embriologiju te član Studentske sekcije za neuroznanost. Sudjelovala sam u projektu "Bolnica za medvjediće", a zadnje dvije godine sudjelovala sam u istraživanjima u području terapije matičnim stanicama. Zanima me područje psihijatrije, pedijatrije i interna medicina i htjela bih nastaviti obrazovanje u jednom od tih područja.